



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Jorge Esteves Teixeira Junior

**Unidades Básicas de Saúde Prisionais: estratégias e práticas no SUS  
para o cuidado de pessoas privadas de liberdade no Complexo  
Penitenciário da Papuda - DF**

Rio de Janeiro  
2024

Jorge Esteves Teixeira Junior

**Unidades Básicas de Saúde Prisionais: estratégias e práticas no SUS para o cuidado de pessoas privadas de liberdade no Complexo Penitenciário da Papuda - DF**



Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia da Silveira Ney  
Coorientador: Prof. Dr. Bruno Pereira Stelet

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

T266 Teixeira Junior, Jorge Esteves

Unidades Básicas de Saúde Prisionais: estratégias e práticas no SUS para o cuidado de pessoas privadas de liberdade no Complexo Penitenciário da Papuda – DF / Jorge Esteves Teixeira Junior. – 2024.  
242 f.

Orientadora: Márcia da Silveira Ney  
Coorientador: Bruno Pereira Stelet

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Serviços de Saúde para Prisioneiros. 2. Gestão em Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Prisões. 6. Sistema Único de Saúde. I. Ney, Márcia da Silveira. II. Stelet, Bruno Pereira. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 614.2-058.57

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

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

---

Assinatura

---

Data

Jorge Esteves Teixeira Junior

**Unidades Básicas de Saúde Prisionais: estratégias e práticas no SUS para o cuidado de pessoas privadas de liberdade no Complexo Penitenciário da Papuda - DF**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Douto, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 29 de novembro de 2024.

Coorientador: Prof. Dr. Bruno Pereira Stelet  
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia da Silveira Ney (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Martinho da Silva  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Valéria Ferreira Romano  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Alfredo de Oliveira Neto  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família pelo apoio, pela paciência e pelas injeções de ânimo. Foram muitas noites e finais de semana de trabalho neste material. Chegamos até aqui juntos.

Theo e Martim, minhas inspirações. Por quem tento ser melhor a cada dia.

A Ana Melodias, pela parceria em tantas frentes da vida. Por não me deixar desistir, nem esmorecer.

Bruno Stelet, pela amizade e presença em tantos momentos importantes.

A Márcia Ney, por apoiar na orientação e seguir firme em toda a caminhada. A Samanta Rodrigues, pelas trocas, diálogos, pelo apoio.

A Medicina de Família e Comunidade e ao Sistema Único de Saúde, por me permitirem trabalhar em diferentes cenários e territórios para conhecer a realidade em suas múltiplas perspectivas.

A todas a pessoas que nos confiam o cuidado diariamente.

A pena é a restrição de liberdade. Não é restrição de comida A pena é a restrição de liberdade. Não estou fazendo apologia à prisão.

A pena é a restrição de liberdade. Também não tenho as soluções para os conflitos com a lei.

A pena é a restrição da liberdade. Não é a dificuldade do acesso à saúde.

A pena é a restrição de liberdade. Não é o desejo social de vingança.

A pena é a restrição de liberdade. Não é amontoar pessoas. A pena é a restrição de liberdade. Não a condenação pela falência do combate pobreza, desigualdade social, ódio de raça, classe e gênero; A pena é a restrição da liberdade, não a restrição de humanidade;

Saúde não é privilégio,

Ofertar medicamento não é privilégio

Olhar nos olhos e chamar pelo nome não é privilégio

Organizar o sistema de saúde para que se possa efetivar os cuidados em saúde não é privilégio

Respeitar nome social, orientação e identificação de sexualidade e gênero não é privilégio

Respeitar as diferenças de gênero, raça e classe não é privilégio

Oferecer educação e auxiliar o reencontro com as famílias, sofridas pela privação da liberdade e outras dores, não é privilégio

Dignidade não é privilégio.

*Jorge Esteves Teixeira Junior*

## RESUMO

TEIXEIRA JUNIOR, Jorge Esteves. **Unidades Básicas de Saúde Prisionais**: estratégias e práticas no SUS para o cuidado de pessoas privadas de liberdade no Complexo Penitenciário da Papuda – DF. 2024. 242 f Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A população privada de liberdade no Brasil está entre as maiores em números absolutos, quando comparados com outros países, sendo 849.860 pessoas em cumprimento de pena em 2024 (SISDEPEN, 2024). Ofertar acesso à saúde com qualidade, dignidade e equidade para pessoas privadas de liberdade constitui um desafio para o Sistema Único de Saúde, principalmente respeitando o princípio de equivalência, em que a oferta de serviços para esta população deve ter níveis aceitáveis e ser compatível com a oferecida a pessoas em liberdade. A articulação intersetorial entre saúde, segurança e justiça é indispensável para a organização desses gestão em saúde em rede nos estabelecimentos prisionais. Objetiva-se neste trabalho discutir as estratégias e práticas do trabalho em saúde do subsistema prisional do Complexo Penitenciário da Papuda, no Distrito Federal, a fim de compreender como os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde Prisionais (UBSP) buscam caminhos para fortalecer o cuidado em saúde e articulação em rede, assim como desvelar os desafios que emergem no cotidiano deste trabalho para a efetivação do cuidado integral enquanto direito à saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de tipo exploratória, cujas técnicas de coletas de dados foram: a revisão da literatura nacional e internacional sobre Saúde Prisional, Trabalho em Saúde e Integralidade e Atenção Primária à Saúde; uso do grupo focal (GF) com equipes das Unidades Básica de Saúde Prisionais do Complexo Penitenciário da Papuda, Distrito Federal; entrevistas semiestruturadas (ESE); e Observação Participante (OP). O uso de narrativas em saúde foi utilizado como um elemento de apoio à observação participante. Para interpretar os dados coletados, foi utilizada a metodologia de Análise de conteúdo, de modo a dialogar com o que emerge do campo de pesquisa com evidências já produzidas no campo da saúde prisional. A análise documental e de políticas foram ferramentas úteis para relacionar diretrizes presentes nas políticas de saúde prisional (trabalho prescrito) com elementos do cotidiano dos serviços e equipes (trabalho em ato). A análise dos resultados contemplou a análise documental, análise de políticas sobre sistema de saúde prisional e a análise de conteúdo dos dados coletados. As categorias utilizadas para análise foram: acesso, coordenação do cuidado, integralidade, longitudinalidade, família, relações interpessoais e vínculo, território, cultura e comunidade e saúde mental. Observou-se que as políticas de saúde prisional em nível nacional e no DF permitem institucionalidade e organização das ações conjuntas entre a secretaria de administração penitenciária (SEAPE) e a Secretaria de Saúde (SES-DF), permitindo suporte ao processo de trabalho das equipes de saúde do Complexo da Papuda. A comunicação com os pontos da rede de atenção é desafiadora, podendo ser aprimorada. Existem pontos a serem explorados pelas equipes de saúde na oferta de cuidado como o gerenciamento de caso, o uso de projetos terapêuticos singulares, a ampliação de ações coletivas e intersetoriais, a ampliação de práticas integrativas e complementares, com vistas à integralidade e desmedicalização. O território é complexo, repleto de vulnerabilidades e restrições institucionais, além de atravessamentos nas relações interpessoais entre profissionais e pacientes dada a condição de privação de liberdade. Acredita-se que o presente estudo dá visibilidade às práticas de cuidado em saúde prisional forjadas no cotidiano e pode fornecer subsídios para o aprimoramento de políticas e práticas úteis para o melhor desempenho do sistema de saúde para a população privada de liberdade no Distrito Federal e no Brasil.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Prisões; Política de Saúde.

## ABSTRACT

TEIXEIRA JUNIOR, Jorge Esteves. **Prison Basic Health Units: strategies and practices in the Unified Health System (SUS) for the care of people deprived of liberty in the Papuda Penitentiary Complex – DF.** 2024. 242 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The population deprived of liberty in Brazil is among the largest in absolute numbers when compared to other countries, with 849,860 people serving sentences in 2024 (SISDEPEN, 2024). Providing access to quality, dignity, and equitable healthcare for people deprived of liberty is a challenge for the Unified Health System, especially respecting the principle of equivalence, in which the provision of services for this population must have acceptable levels and be compatible with those offered to people at liberty. Intersectoral coordination between health, security, and justice is essential for organizing these networked healthcare services in prison establishments. The aim of this study is to discuss the strategies and practices of health work in the prison subsystem of the Papuda Penitentiary Complex, in the Federal District, in order to understand how workers in the Prison Basic Health Units (UBSP) seek ways to strengthen health care and network articulation, as well as to reveal the challenges that emerge in the daily routine of this work for the implementation of comprehensive care as a right to health. This is qualitative exploratory research, whose data collection techniques were: review of national and international literature on Prison Health, Health Work and Comprehensiveness and Primary Health Care; use of focus groups (FG) with teams from the Prison Basic Health Units of the Papuda Penitentiary Complex, Federal District; semi-structured interviews (ESE); and Participant Observation (PO). The use of health narratives was used as a support element for participant observation. To interpret the collected data, the Content Analysis methodology was used, in order to dialogue with what emerges from the research field with evidence already produced in the field of prison health. Documentary and policy analysis were useful tools to relate guidelines present in prison health policies (prescribed work) with elements of the daily life of services and teams (work in action). The analysis of the results included document analysis, analysis of policies on the prison health system and content analysis of the collected data. The categories used for analysis were: access, coordination of care, comprehensiveness, longitudinality, family, interpersonal relationships and connections, territory, culture and community and mental health. It was observed that prison health policies at the national level and in the Federal District allow institutionalization and organization of joint actions between the Penitentiary Administration Department (SEAPE) and the Health Department (SES-DF), allowing support to the work process of the health teams of the Papuda Complex. Communication with the points of the care network is challenging and can be improved. There are points to be explored by health teams in the provision of care, such as case management, the use of singular therapeutic projects, the expansion of collective and intersectoral actions, the expansion of integrative and complementary practices, with a view to comprehensiveness and demedicalization. The territory is complex, full of vulnerabilities and institutional restrictions, in addition to intersections in the interpersonal relationships between professionals and patients due to the condition of deprivation of liberty. It is believed that the present study gives visibility to prison health care practices forged in daily life and can provide subsidies for the improvement of useful policies and practices for the better performance of the health system for the population deprived of liberty in the Federal District and in Brazil.

Keywords: Primary Health Care; Prisons; Health Policy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 -	Taxas de encarceramento no mundo.....	28
Tabela 2 -	Populações prisionais no mundo.....	29
Tabela 3 -	Taxas de encarceramento por região (média).....	29
Quadro 1 -	Principais problemas de saúde e determinantes do processo saúde adoecimento das pessoas privadas de liberdade.....	43
Gráfico 1 -	Proporção de cobertura estimada de equipe de Saúde da Família por ano no Brasil, 1998-2018.....	64
Quadro 2 -	Destaques das Portarias 77 e 78/2017.....	68
Gráfico 2 -	Evolução da cobertura por Saúde da Família no Brasil e no DF, com e sem as equipes convertidas.....	69
Quadro 3 -	Fases e ações do processo de conversão do modelo de APS do DF em ESF.....	69
Gráfico 3 -	População privada de liberdade do DF por estabelecimento penal.....	75
Quadro 4 -	Unidades Básicas de Saúde Prisionais do Distrito Federal por Estabelecimento Penal, Região Administrativa e Região de Saúde.....	75
Quadro 5 -	Gestão da Saúde Prisional no DF.....	77
Quadro 6 -	Fases da análise de conteúdo usando o ATLAS.ti.....	111
Quadro 7 -	Livro de Códigos.....	113
Quadro 8 -	Categorias e subcategorias analíticas após codificação.....	114

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
APP	Atenção Primária Prisional
APS	Atenção Primária à Saúde
CNCD	Conselho Nacional de Combate à Discriminação
CNCD/LGBT	Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNIEP	Cadastro Nacional de Inspeções dos Estabelecimentos Penais
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
DEPEN	Departamento penitenciário nacional
CRDF	Complexo Regulador do Distrito Federal
DIRAPS	Diretorias Regionais da APS
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPEN	Escola Penitenciária da Polícia Penal
EPEN	Equipe de Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário
ESP	Equipes de saúde no sistema prisional
GEAIT	Gerência de Assistência ao Interno
GESP	Gerência de Saúde Prisional
GSAPP	Gerência de Saúde de Atenção Primária Prisional
GSAU	Gerência de Saúde
ICSAP	Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária
LEP	Lei de Execução Penal
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIS	Práticas integrativas em saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAMPE	Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional.

PNSSP	Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário
PPL	Pessoas Privadas de Liberdade
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SINASE	Sistema Nacional Socioeducativo
RC	Rede Cegonha
RCPcD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SIAPEN	Sistema de Administração Penitenciária
SISDEPEN	Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional
SISREG	Sistema de Regulação de Vagas
UBSP	Unidades Básicas de Saúde Prisionais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VEP	Vara de Execuções Penais
WPB	World Prison Brief

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	13
	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	17
1	<b>AS PRISÕES E A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO BRASIL E NO MUNDO.....</b>	20
1.1	<b>Breve histórico das prisões no Brasil e no mundo.....</b>	20
1.2	<b>População privada de liberdade no Brasil e no mundo: um panorama demográfico.....</b>	27
2	<b>APRISIONAMENTO E ADOECIMENTO: ASPECTOS DAS CONDIÇÕES DE ENCARCERAMENTO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....</b>	34
3	<b>POLÍTICAS DE SAÚDE PARA PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E SUAS BASES LEGAIS-NORMATIVAS.....</b>	45
3.1	<b>Conferências de saúde e saúde prisional.....</b>	53
4	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>	56
4.1	<b>Contexto da Atenção Primária à Saúde: considerações sobre a reforma do SUS no DF.....</b>	65
4.1.1	<u>Território, prisões e atenção primária prisional.....</u>	71
4.1.2	<u>Características da Atenção Primária Prisional no DF.....</u>	75
5	<b>OBJETO DE ESTUDO E MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE.....</b>	80
6	<b>METODOLOGIA.....</b>	85
6.1	<b>Contexto.....</b>	90
6.2	<b>Coleta de dados.....</b>	91
6.2.1	<u>Revisão bibliográfica não sistemática e levantamentos de documentos relacionados a política de saúde referentes ao tema e objeto da pesquisa.....</u>	92
6.2.2	<u>Grupos focais (GF) e Entrevistas Semiestruturadas.....</u>	92
6.2.3	<u>Observação Participante (OP).....</u>	94
6.2.4	<u>Narrativas em saúde.....</u>	97
6.2.5	<u>Análise documental e análise de políticas.....</u>	101
6.3	<b>Ética e pesquisa com pessoas privadas de liberdade.....</b>	103

6.4	<b>Análise de conteúdo</b>	107
7	<b>RESULTADOS</b>	117
7.1	<b>Acesso (Do catatau ao bonde: acesso na APS Prisional)</b>	117
7.1.1	<u>Cadeira verde</u>	117
7.1.2	<u>Bonde</u>	120
7.1.3	<u>Catatau</u>	123
7.1.4	<u>Urgências e emergências</u>	132
7.2	<b>Coordenação do cuidado</b>	135
7.2.1	<u>Oxigênio</u>	135
7.2.2	<u>Abalo</u>	136
7.2.3	<u>Itinerários</u>	137
7.2.4	<u>Equipe ampliada</u>	144
7.2.5	<u>Comunicação intequipes</u>	148
7.2.6	<u>Relações intersetoriais</u>	149
7.2.7	<u>Integração do sistema/subsistema</u>	150
7.3	<b>Integralidade</b>	152
7.3.1	<u>Sede</u>	154
7.3.2	<u>Discussão e gerenciamento de caso</u>	154
7.3.3	<u>Resolutividade e práticas de cuidado</u>	158
7.4	<b>Longitudinalidade</b>	160
7.4.1	<u>Fio de vida</u>	164
7.4.2	<u>Limite</u>	165
7.4.3	<u>Cuidados de condições crônicas</u>	165
7.4.4	<u>Comunicação interna e estratégias de continuidade do cuidado</u>	167
7.5	<b>Família</b>	169
7.5.1	<u>Peso, pesado, pesar</u>	172
7.5.2	<u>Papeis da família no cuidado</u>	176
7.5.3	<u>Relações entre as equipes e as famílias</u>	178
7.6	<b>Relações interpessoais e vínculo</b>	182
7.6.1	<u>Em busca de sentido</u>	182
7.6.2	<u>(des)confiança</u>	183
7.6.3	<u>Caminho</u>	184
7.6.4	<u>Desengano</u>	184

7.6.5	<u>Vínculo e (des)confiança (lembra de contratransferência)</u> .....	185
7.6.6	<u>Assimetria das relações</u> .....	189
7.7	<b>Território, cultura e comunidade</b> .....	191
7.7.1	<u>O choro e o tempo</u> .....	191
7.7.2	<u>Raiva contra o sistema</u> .....	192
7.7.3	<u>Determinantes sociais</u> .....	196
7.7.4	<u>Competência cultural</u> .....	202
7.7.5	<u>Participação social e autonomia</u> .....	203
7.8	<b>Saúde mental</b> .....	206
7.8.1	<u>Desorganizado</u> .....	206
7.8.2	<u>Remédio e veneno</u> .....	207
7.8.3	<u>Equilíbrio e desequilíbrio</u> .....	207
7.8.4	<u>Item de segurança</u> .....	208
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	217
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	221
	<b>APÊNDICE A</b> - Roteiro de grupo focal.....	237
	<b>APÊNDICE B</b> - Codificação após leitura flutuante.....	238
	<b>ANEXO</b> - Portarias Vigentes para a Saúde Prisional do DF.....	242

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Eu nunca havia pensado em trabalhar como médico numa prisão. Em 2020, havia 11 anos que eu trabalhava em Mangueiras, território marcado por intensa desigualdade social, conflitos armados, operações policiais e tiroteios. Permaneci numa equipe de saúde durante esse tempo e pude conhecer as maravilhas e desafios da longitudinalidade.

Durante o tempo que trabalhei na favela (de 2009 a 2020), 2017 foi um dos anos mais desafiadores. A instabilidade política municipal gerou muitos meses de luta para o campo da saúde pública, que viveu um momento agudo de desmonte da APS carioca (Atenção Primária à Saúde), cuja reforma havia começado em 2008. De 2017 até 2020 foram inúmeras greves, reuniões, ameaças de fechamento de unidades de saúde e redução de equipes de saúde da família. O desejo por uma carreira de longo prazo como servidor/trabalhador do SUS impulsionou a busca por mudanças.

Em junho de 2020, auge do primeiro ano da pandemia da COVID-19, fui lotado numa Unidade Básica de Saúde Prisional no Complexo da Papuda. Do Rio para Brasília. Da favela para o presídio. Decidi que o antigo tema de doutorado, sobre o papel do C de Comunidade da Medicina de Família e Comunidade, ficaria para depois. Mudei o tema da tese para saúde prisional.

O trabalho na UBS Prisional é complexo. A saúde nem sempre é priorizada. Os temas da segurança predominam sobre os demais e a restrição do ir e vir, característica das pessoas em privação de liberdade, impacta seus modos de vida e a produção de saúde. O adoecimento no âmbito da saúde mental é grave; as possibilidades para a desmedicalização são restritas; e o ambiente, mais para vigiar e punir do que para reabilitar, é avesso à promoção da saúde.

Quando cheguei, comecei a escrever um portfólio. Sempre que possível iniciava o dia com uma escrita curta e reflexiva da experiência do anterior, com temas que transitavam entre a relação com a equipe, com os atendimentos, processo de trabalho, com o território, com a experiência de trabalhar na prisão e de ver os modos de vida ali possíveis. A experiência era densa e eu demorei para "naturalizar" o cotidiano da prisão. Sempre trabalhei em territórios de extrema vulnerabilidade, mas precisei de um tempo para me adaptar. Hoje penso que posso ter vivido um ajustamento. Erving Goffman (2007) fala dos ajustamentos que acontecem quando

uma pessoa está privada de sua liberdade e me pego pensando se os profissionais também não passam por um certo ajustamento, certa adaptação à instituição (e seus limites rígidos). Encontrei este parágrafo no meu primeiro escrito, 2 meses após minha chegada:

Logo que cheguei me disseram: "O presídio vai mudar você. Para sempre. Não vai ser ruim, nem vai ser fácil." Passei dias tentando entender. Dias não, talvez semanas e ainda estou em círculos com essa pergunta. Vou ficar frio? Vou ficar ruim? Vou ficar mais justo? Vou me encher de humanidade ou desumanidade? O que vai acontecer?

Além disso, ouvi que era um desperdício alguém com uma trajetória de dedicação e estudo atender presos. Naquele mesmo relato da chegada, encontrei a minha resposta parcial àqueles dilemas: *"Tenho algumas pistas e algumas convicções úteis para não me perder. Já assumi que não vou ficar frio, não vou endurecer o coração. O romantismo eu já deixei fora quando entrei na prisão, porque sabia que seria intenso e difícil. De fato, algo já aconteceu."*

Aconteceu que passei a ver a sociedade a partir da prisão, o que é outra perspectiva. Passei a refletir mais sobre o que é justiça e a ter muito cuidado quando desejava que alguém fosse preso ou pagasse por algum erro daquela forma.

O trabalho da UBS Prisional me chamava atenção. Parecia comprometido e organizado, com profissionais de aparente bom nível técnico, cujas histórias e vínculos foram construídos nos últimos 15 anos. Alguns chegaram antes da UBS Prisional ser construída, quando a saúde atendia apenas nos blocos, alas e celas, quando o prontuário era de papel e quando todo o espaço era apenas uma sala administrativa com pouca ou nenhuma estrutura.

Quando cheguei, me impressionava o tanto de processo judicial que eu precisava responder; o quanto os aspectos legais influenciavam minhas decisões clínicas; e o quanto os aspectos de segurança precisavam ser considerados no planejamento das ações. Era angustiante. Precisava responder a pedidos de atendimento feitos por bilhetes internos (os catataus, segundo gíria local), por defensores, promotores, juízes e familiares. Ainda, ser assertivo no controle de pessoas com agravos e condições crônicas; ser resolutivo e fazer poucos encaminhamentos, afinal, o efetivo para escoltas externas era limitado e o operacional-logístico das saídas da penitenciária era complexo.

Quatro anos dessa trajetória me permitiram algum amadurecimento para lidar com as dificuldades cotidianas. Não fiquei ruim nem desumano, como temia na

reflexão longínqua. Foram algumas realizações importantes. Passei os anos da pandemia, buscando organizar o processo de trabalho junto à equipe. Em 2020 participei do Manual da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade sobre as orientações para prevenção da COVID-19 em prisões. Apresentei o trabalho O modelo de cuidados à saúde de pacientes crônicos e a microgestão de serviços de Atenção Primária à Saúde: possibilidades para Serviços da Saúde Prisional. no Congresso da Associação Latina para Análise dos Sistemas de Saúde (CALASS) em 2021. Nos anos 2021, 2023 e 2024 produzi capítulos de livro sobre Atenção Primária Prisional, Atenção Domiciliar nas prisões e o cuidado a egressos do sistema prisional e familiares nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, este último também foi tema de uma oficina no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Em 2023, propus a integração da Política de Cuidados Paliativos, em construção na Região Leste do Distrito Federal, junto à saúde prisional, identificando pessoas privadas de liberdade elegíveis para cuidados paliativos e estratégias para a política no âmbito local.

Nestes 4 anos supervisionei médicos residentes regularmente, já que o Complexo da Papuda constitui estágio obrigatório do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, trabalhando a discussão da importância do território prisional na formação de profissionais com olhar para populações em situação de extrema vulnerabilidade.

Na política de saúde local participei da discussão sobre o uso do Hospital de Campanha da Papuda numa unidade avançada de Atenção Primária Prisional, que seria uma inovação em resolutividade, incluindo aspectos da reabilitação para os cuidados primários. Infelizmente, por uma opção da macrogestão, o projeto não foi utilizado e o relatório produzido não foi aproveitado. Também coordenei a discussão de propostas da I Conferência Livre de Saúde Prisional do DF, assim como participei da redação do relatório final deste encontro. Junto à equipe, foram organizados projetos para o cuidado em saúde mental, a partir da "prescrição" e empréstimo de livros que fossem úteis a promoção de saúde mental (Projeto Refletir), que buscavam a desprescrição de psicotrópicos, vistos única forma de mitigar os efeitos psicológicos do encarceramento.

Para a população LGBTQIAP+, realizamos em equipe um grupo de promoção à saúde, discutindo questões de gênero, preconceito, perspectivas, terapia hormonal, violências, orgulho, entre outros. Ainda há o interesse em organizar a hormonização

de pessoas trans no âmbito da UBS Prisional.

Todas essas frentes de ações nas quais me envolvi, por um lado, remetem a minhas buscas por prestar significados ao papel de ser médico de família e comunidade no sistema prisional; por outro lado, evidenciam o que, com o tempo, fui transformando em objeto de pesquisa: que APS é essa?

Que APS é essa que ora faz triagem no bloco, ora lê bilhetes escritos durante o banho de sol, ora responde ofício judicial, ora faz mutirão para ações coletivas? Que APS é essa que atua sob as regras rígidas dos estabelecimentos penais? Que APS é essa que busca cuidado em saúde para uma população sem autonomia para suas escolhas diárias, estigmatizadas por seus crimes e penas? Que APS é essa que participa da "reintegração social" respondendo a laudos e ofícios; que realiza grupos terapêuticos e psicoeducativos como parte do cumprimento da pena? Que APS é essa? Quais são suas identidades? Quais são as particularidades do trabalho em saúde neste contexto?

Diante dessas questões, esta pesquisa se propôs a discutir as estratégias e práticas do cotidiano do trabalho em saúde do subsistema prisional do Complexo Penitenciário da Papuda, no Distrito Federal, buscando compreender como os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde Prisionais (UBSP) buscam caminhos para fortalecer o cuidado em saúde e articulação em rede.

## INTRODUÇÃO

A população privada de liberdade no Brasil está entre as três maiores em números absolutos, quando comparados com outros países, com taxas consideráveis de crescimento nas últimas décadas (Soares Filho; Bueno, 2016). Segundo as leis vigentes no país, todas as pessoas em situação de encarceramento devem ter acesso à saúde (Brasil, 1984).

O termo “População Privada de Liberdade” é estabelecido para pessoas com 18 anos de idade ou mais que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança (Brasil, 2014).<sup>1</sup>

A população em privação de liberdade no Brasil no período de julho a dezembro de 2023 consistia em 849.860 pessoas. Neste grupo predomina a população masculina, sendo considerável a predominância de homens de menos de 34 anos, cujas condenações mais frequentes se deram por crimes de furto e roubo. Muitos desses não completaram o Ensino Fundamental e a proporção de pessoas negras é maior do que na população em geral – evidência de que as questões étnico-raciais são indispensáveis ao se olhar para o sistema prisional (DEPEN, 2024). Embora a maior parte da população encarcerada seja constituída por um perfil de homens jovens, negros e de baixa renda e escolaridade, vale ressaltar a pluralidade deste grupo: mulheres, idosos, estrangeiros, indígenas, lésbicas, gays, transexuais, pessoas com deficiência, entre outros.

As políticas de saúde voltadas para esta população têm como marco a Lei de Execução Penal nº 7.120, que definiu o direito ao acesso à saúde, além do acesso à educação e do acesso material, religioso, social e judicial (Brasil, 1984). Nessa mesma lei são também previstas condenações em diferentes tipos de regimes, que modificam o grau de contato do sujeito com a sociedade com maior ou menor restrição do direito de ir e vir.

As condenações podem determinar penas nos seguintes regimes possíveis: fechado, semiaberto e aberto. No entanto, parte desta população não teve seus processos concluídos, sendo então considerada do tipo provisória, até a definição de

---

<sup>1</sup> Quando pessoas menores de 18 anos cometem crimes previstos por lei são tuteladas pelo Sistema Nacional Socioeducativo (SINASE), cujas políticas são específicas e não são objeto deste estudo.

pena, caso necessário, além do tipo de regime a cumprir (Soares Filho; Bueno, 2016). Cada pena e regime definidos podem encaminhar a pessoa para diferentes estabelecimentos penais, como penitenciárias, cadeias públicas, hospitais psiquiátricos, centros de observação, dentre outros (Brasil, 1984).

A Constituição Federal de 1988, sob a lei nº 8.080, definiu que o cuidado à saúde é direito de todos e dever do Estado. Assim, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado de todos os cidadãos é responsabilidade deste sistema, incluindo as pessoas privadas de liberdade (Brasil, 1988).

No entanto, observou-se que a regulamentação, o fomento e a expansão de equipes de saúde aconteceram de forma mais efetiva com a publicação da Portaria Interministerial (Saúde e Justiça) nº 668/2002 e nº 1777/2002, que instituíram o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), que vigorou até 2013 (LERMEN et al. 2015). Entre 2002 e 2013, houve um aumento significativo na criação de equipes de saúde voltadas para o sistema prisional. O foco principal foi nas pessoas privadas de liberdade em regime fechado, uma vez que o plano priorizava a população majoritariamente em instituições penitenciárias, excluindo, assim, aqueles em regime provisório e em delegacias civis, por exemplo." (LERMEN et al. 2015; SILVA, 2015).

Em 2014, o PNSSP é substituído pela Política Nacional da Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), que representou um avanço em relação à definição do escopo de atuação das equipes de saúde, incorporando a população em situação de privação de liberdade para além do regime fechado e das pessoas em penitenciárias. Ademais, outros avanços, como a ampliação da composição das equipes e sua cobertura, permitiram um aprimoramento dos cuidados no âmbito do SUS, considerando a saúde prisional um microssistema ou subsistema que faz parte daquele, não um sistema à parte (Silva, 2015).

A oferta e estruturação de serviços de saúde para pessoas privadas de liberdade é um desafio no que tange à garantia de acesso, qualidade, dignidade, equidade, dentre outros elementos que podem compor a saúde como direito humano. O princípio de equivalência, em que a oferta de serviços deve ser compatível com aquela para pessoas em liberdade, é tema importante, pois há uma tendência do debate no senso comum de que “não vale a pena investir em presos” (Silva, 2015, p. 53).

A organização desses serviços de saúde em rede nos estabelecimentos prisionais demanda uma articulação intersetorial entre os atores que atuam nestes territórios, tal como saúde, segurança e justiça, articulando diferentes políticas

públicas e sociais para efetivação dos direitos previstos em leis (CNJ, 2020a).

O panorama apresentado nesta introdução se encontra com a anunciada proposta desta pesquisa, estruturado nas seguintes sessões: As prisões e a população privada de liberdade no Brasil e no mundo; Aprisionamento e adoecimento: aspectos das condições de encarceramento no processo saúde-doença; Políticas de Saúde para Pessoas Privadas de Liberdade e suas Bases Legais-Normativas; Atenção Primária à Saúde; Objeto de Estudo e Micropolítica do Trabalho em Saúde; Metodologia; Resultados e Considerações finais.

Acredita-se que o estudo do cotidiano dos serviços de saúde prisionais, assim como as estratégias e práticas no trabalho em saúde, pode contribuir para o aprimoramento e o desempenho necessário para o provimento de cuidados adequados para a população privada de liberdade, o que fortalece a tarefa de garantia de universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que pressupõe acesso com qualidade para todos os cidadãos, independentemente de sua condição social.

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Discutir estratégias e práticas do cotidiano do trabalho em saúde do subsistema prisional, parte do Sistema Único de Saúde, no Complexo Penitenciário da Papuda, no Distrito Federal, a fim de compreender como os trabalhadores das UBSP's buscam caminhos para fortalecer o cuidado em saúde e articulação em rede.

### **Objetivos Específicos**

- a) Mapear as estratégias que as equipes de saúde utilizam para ofertar cuidado integral em rede, de acordo com os atributos e funções da Atenção Primária à Saúde;
- b) descrever a organização da rede de atenção à saúde para o cuidado das pessoas privadas de liberdade, com foco na análise da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado integral;
- c) debater os efeitos da política de saúde prisional no cotidiano do trabalho em saúde no Complexo Penitenciário da Papuda, no Distrito Federal.

# 1 AS PRISÕES E A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO BRASIL E NO MUNDO

## 1.1 Breve histórico das prisões no Brasil e no mundo

Neste capítulo serão apresentados debates sobre o papel social das prisões, contextualizando seu histórico recente e a conjuntura de seu surgimento. Em seguida, observações sobre a demografia das pessoas privadas de liberdade no mundo e no Brasil, apresentando dados comparativos entre os países, regiões e continentes. Além do olhar para as prisões e a demografia, analisar-se-á a repercussão da privação de liberdade na vida das pessoas privadas de liberdade e suas famílias.

De início, é importante contextualizar o lugar das prisões na sociedade. As prisões e o superencarceramento<sup>2</sup> atingem estratos sociais mais vulnerabilizados, como grupos sociais de menor renda, desempregados, grupos étnico-raciais, imigrantes e outros grupos que estão à margem das oportunidades. E uma vez presos, suas chances de modificar sua realidade social e de suas famílias é ainda menor (Wacquant, 2011)<sup>3</sup>.

O sistema penal desempenha um papel de tentar corrigir as falhas de um ideal de democracia e bem-estar social, que, com o tempo, se vê cada vez mais fragilizado. A expressão "Estado penal", cunhada por Wacquant (2011), revela, segundo o autor, como o aparato punitivo é utilizado como uma ferramenta para administrar a noção de "insegurança social". Nesse contexto, o Estado recorre ao aumento do controle e da repressão como forma de compensar suas deficiências na promoção de igualdade e justiça. Assim, o sistema penal se torna um reflexo das limitações e contradições do próprio modelo democrático que deveria garantir bem-estar a todos.

Este mesmo sistema penal também é conhecido como correccional, do uso mais frequente no inglês, *correctional*. No campo da saúde há o termo "correctional health", ou saúde correccional. O termo se refere ao nexo entre justiça criminal, saúde

---

<sup>2</sup> Os termos superencarceramento e encarceramento em massa são usados na literatura nem sempre de forma consensual. De modo geral, referem-se ao aumento expressivo da população privada de liberdade como estratégia de enfrentamento a sensação de insegurança, cujos recursos são o endurecimento das leis e o aprisionamento, especialmente no que tange ao assunto da "criminalização das drogas". Observa-se uma redução e simplificação das condições sociais que influenciam a prática de crimes em detrimento de uma decisão do indivíduo baseada na sua "índole" e na possibilidade de impunidade. Este debate está presente na obra de Garland (2001) *Mass imprisonment – social causes and consequences*.

<sup>3</sup> No caso brasileiro, destaca-se a relação do racismo e a histórica exclusão de pessoas negras como causas para a demografia da população brasileira privada de liberdade.

pública, direito e ética (Chavez, 2008). Para além da definição, a ideia literal de corrigir, por sua vez, pressupõe um desvio à norma. Foucault (2011, p. 99-104) argumenta que as prisões “visam vincular a concepção do criminoso como um "anormal" ou "desadaptado" que precisa ser "ressocializado" para se integrar à sociedade.” Ou seja, para Foucault as prisões visam "disciplinamento de corpos e mentes dos sujeitos". (Ibidem)

Goffman (2007) aborda a situação daqueles que estão em instituições totais, "locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos está sob regras de vida fechadas, limitadas e de rotina formalmente administradas" (Goffman, 2007, p. 11). Prisões são tipos de instituições totais em que a organização tem a finalidade de "proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem estar das pessoas assim isoladas, não constitui o problema imediato" (Ibidem, p. 17).

A importância desses recortes das Ciências Sociais na análise do fenômeno das prisões e do encarceramento são relevantes para a saúde. Serão estas pessoas encarceradas, privadas de liberdade, controladas e administradas as que serão atendidas nas Unidades Básicas de Saúde Prisionais (UBSP). Dessa forma, parece razoável que os profissionais de saúde que atuam nesses contextos tenham acesso a reflexões sobre o território prisional, considerando que o contexto é relevante para orientar princípios, valores e práticas no cuidado em saúde.

As Ciências Sociais buscam explicar e articular possibilidades para a compreensão de temas como o encarceramento expressivo em vários países do mundo, além da "naturalização" das prisões na sociedade. Além disso, há um discurso pujante na defesa de que "mais prisões" seja igual a "mais segurança", narrativa política que visa responder a uma demanda pela sensação de segurança.

Se uma das estratégias do Estado para lidar com a segurança pública é encarcerar os “desviantes”, certamente os debates no campo da saúde passam pela organização dos serviços de saúde nestes territórios, mas não podem se resumir a uma visão pragmática de como organizar mais serviços sem pensar qual o papel destes neste território prisional e sem pensar o lugar da prisão na sociedade. Ademais, se o encarceramento subjuga grupos socialmente excluídos, além de dificuldade na garantia de condições mínimas de dignidade e garantia de direitos, pode-se perguntar: por que as prisões existem?

Sem a pretensão de ter uma resposta para esta pergunta, ressalta-se a história das prisões ao longo dos últimos séculos. No caso das democracias europeia e

estadunidense, Davis (2018) argumenta que o encarceramento foi uma alternativa a outros modelos de punição que antecederam a ascensão da prisão, tais como "o banimento, o trabalho forçado em galés, o degredo e o confisco das propriedades do acusado" (Davis, 2018 p. 45). Além disso, os modelos anteriores serviam não tanto a pessoa punida, mas como exemplo a multidões de espectadores. Significa então que as prisões surgiram como um "avanço" em relação a problemas que estes Estados enfrentavam acerca de formas mais "justas" e "efetivas" para os desvios praticados.

Até o século XVIII na Europa e até o século XIX nos EUA, até as Reformas Liberais, o encarceramento em prisões não era a principal forma de punição. A revolução francesa, cujo lema foi "liberdade, igualdade e fraternidade" era um movimento de ideias novas e radicais para aquele momento histórico, no século XVIII. Assim também foi a Revolução Americana, que também defendia igualdade entre os homens. No entanto, esses ideais não se estenderam prontamente a mulheres, trabalhadores, africanos e indígenas desses territórios. Cabe dizer que os sistemas prisionais europeus foram instituídos na Ásia e na África como um importante componente do domínio colonial, atendendo, então, aos interesses de construção do Estado capitalista naquele momento histórico (Davis, 2018).

Na sociedade contemporânea, ao menos nos séculos XX e XXI, essa ideia de prisão como "justa", "efetiva" e como "avanço" precisa de sua devida reflexão crítica. Isso porque as prisões parecem cumprir o papel de substituir ou reduzir o papel do Estado de enfrentar a pobreza e a desigualdade. Segundo Wacquant (2011), o viés penal do Estado tem múltiplas funções: 1) afastar os indivíduos perigosos de causar mais danos; 2) instituir o encarceramento de diferenciação, visando excluir categorias sociais consideradas indesejáveis; 3) exercitar o encarceramento de autoridade, que visa mostrar as prerrogativas e poderes do Estado.

Davis (2018), argumenta que a existência das prisões é tão "natural" que é extremamente difícil imaginar que não existam. No entanto, encoraja o pensamento de que é possível uma "ordem social que não dependa da ameaça de enclausurar pessoas em lugares terríveis destinados a isolá-las de sua família e de sua comunidade" (Davis, 2018, p. 10).

A autora argumenta que, embora as prisões façam parte de nossa vida em sociedade, há um medo de pensar no que acontece nas prisões, no cotidiano das pessoas presas. Porque, embora qualquer um de nós, ou qualquer familiar ou conhecido, possa

ser preso, a ideia de se imaginar preso é dura o bastante para preferirmos eliminar essa conjectura, então o pensamento simplesmente é transportado para longe e evitamos refletir sobre (Davis, 2018).

Há uma série histórico-social que faz com que as prisões modernas sejam um avanço às formas prévias indignas de punição. No entanto, isso tem um uso social pela formação dos Estados modernos. No caso da América Latina e do Brasil, as prisões não foram de fato implementadas, ou seja, um certo ideal de “modernização” das práticas de tortura e violência por parte do Estado não atingiu seus objetivos, mantendo uma transição lenta e inacabada entre as formas sociais de punição e tortura, exclusão social e um discurso mais aceitável de uma nova forma de lidar com os “desvios” e conflitos com a lei.

No Brasil e da América Latina, após o período de independência do domínio colonial de Portugal e da Espanha, que ocorreu no Brasil em 1822 e nos outros países na sua maioria entre 1810 e 1825, as prisões foram um projeto de "modernização" pelas elites americanas no século XIX. E nesta concepção de moderno, usado também para designar o período pós- independência, as prisões também estiveram neste projeto. Segundo Aguirre (2009, p. 34), o longo período de formação destes Estado latinos foi moldado pelo "contraponto entre os ideais importados do republicanismo, liberalismo e o império da lei, e a realidade de estruturas sociais racistas, autoritárias e excludentes".

Uma sociedade hierarquizada se manteve firme após esses processos de independência, considerando que diversos mecanismos de dominação se fizeram presentes na sociedade, excluindo populações negras e indígenas do que seriam os direitos e benefícios dos cidadãos. Dentre esses mecanismos estão a manutenção da escravidão e formas de controle laboral, como a peonagem, forma de servidão em que o uso da terra estava condicionado a pagar uma dívida; e o controle da sociedade pelo Estado com recrutamento militar forçado, dentre outros.

No Brasil, do período colonial até o século XIX, as prisões não se configuravam como espaço de “modernização”, “reforma” ou “alternativa”. Um uso mais frequente das prisões no sistema punitivo no Brasil data do século XIX, com mudanças de concepção social e legal, cujos conceitos foram progressivamente incorporados nos códigos penais. Ou seja, as prisões “antigas” não faziam parte dos esquemas punitivos pelas autoridades coloniais, sendo utilizadas mais como detenção de suspeitos que estavam sendo julgados ou para delinquentes já condenados que aguardavam a

execução da sentença (Aguirre, 2009, p. 35).

O castigo, que tinha uma importância relevante como mecanismo de controle social, ou seja, de manutenção de uma autoridade, ocorria mais no formato de execuções públicas, marcas, açoites, trabalhos públicos e desterros (Aguirre, 2009, p. 35). No período de escravização de pessoas negras e indígenas no Brasil, mecanismos severos de tortura foram utilizados. O encarceramento nesse período era feito em diferentes espaços, como expõe Aguirre:

Localizadas em edifícios fétidos e inseguros, a maioria das casas coloniais não mantinha sequer um registro dos detentos, das datas de entrada ou saída, da categoria de suas sentenças e delitos. Vários tipos de centros de detenção formavam um conjunto algo disperso de instituições punitivas e de confinamento: cadeias municipais e de inquisição, postos policiais e militares, casa religiosas para mulheres abandonadas, centros privados de detenção como padarias e fábricas - onde escravos e delinquentes eram recolhidos e sujeitados a trabalhos forçados - ou cárceres privados em fazendas e plantações nos quais eram castigados os trabalhadores indóceis (Aguirre, 2009, p. 35).

Em vários países da América Latina, o fim do período colonial para a vigência de Estado pós-independência não representou a implementação de condições de encarceramento mais humanas e mais seguras. O discurso liberal e republicano a respeito do Estado de direito que protegeria os cidadãos de condições degradantes de punição e encarceramento eram, com frequência, neutralizados por discursos e práticas que enfatizavam a "necessidade de se controlar as massas indisciplinadas e imorais por meio de mecanismos severos de punição" (Aguirre, 2009, p. 35).

Ainda de acordo com Aguirre (2009), esse desejo das elites e dos Estados para a aspiração moderna, associado ao desejo de controle de "massas indisciplinadas", foi o que motivou, por volta de 1830, os países da América Latina a discutirem novas ideias de castigo e prisão. Isso porque o modelo penitenciário então crescente nos Estados Unidos e na Europa no século XIX estava baseado numa "rotina altamente regimentada de trabalho e instrução, um sistema de vigilância permanente sobre os detidos, um tratamento supostamente humanitário e o ensino de religião aos presos" (Aguirre, 2009, p. 37).

O Código Criminal de 1830 foi codificação penal brasileira, pautada na constituição brasileira de 1824, inspirada em ideais iluministas é apontado como a tentativa de propor um Estado moderno e civilizado, fosse a versão brasileira do fim das práticas punitivas vigentes. No entanto, na prática os castigos corporais eram

descritos como mais intensos, dado que esta era a resposta da sociedade escravista brasileira para lidar com o aumento do número de pessoas escravizadas nas primeiras décadas do século XIX (Ferreira, 2009).

Pode-se dizer que a manutenção da escravização foi um elemento particular nessa ideia reformadora, porque não era destinada a toda sociedade brasileira. Existia uma distinção do quem eram criminosos livres e pessoas escravizadas. Na lógica da época, não faria sentido reeducar ou reintegrar socialmente uma pessoa escravizada, dado que não haveria composição na estrutura social. E, diferente de outros processos de colonização, não era necessário haver julgamento por juízes ou autoridades para aplicar os castigos, que poderiam chegar a oitocentos açoites para pessoas escravizadas, enquanto aqueles criminosos livres teriam outras formas de punição previstas (Ferreira, 2009).

Estes debates acerca da segregação étnico-racial nas origens da constituição das leis e códigos penais e criminais, além da exclusão e marginalização étnico-racial imposta pelo processo civilizatório dos últimos séculos, têm paralelos com o fato de que as pessoas negras são mais presas em comparação com as pessoas brancas, não apenas pelo fator numérico, mas também pela seletividade penal e pelo racismo institucional discutidos no próximo capítulo deste trabalho, Aprisionamento e adoecimento: aspectos das condições de encarceramento no processo saúde-doença.

Nesse processo civilizatório do século XIX no Brasil e nas nações latino-americanas havia certa vergonha em comparação às nações europeias na implementação de políticas sociais e carcerárias (Aguirre, 2009). Havia então nas elites latino-americanas uma aspiração eurocêntrica de desenvolvimento e de "modernização".

No entanto, as elites latino-americanas acreditavam que as populações rurais, negras e indígenas eram incapazes de "civilizar-se", o que permeava os debates sobre reformas penais e outras formas de castigo, porque as formas vigentes severas de punição não atendiam cidadãos ativos e ilustrados. Ou seja, a implantação da dita modernização passa a ser constituída em sua origem de seletividade social, além do que a construção e implementação de penitenciárias foi um processo lento e heterogêneo nas regiões brasileiras. Estava presente também uma oferta às classes dominantes: uma ideia de que era possível ter maior sensação de segurança sem enfrentar os problemas sociais, narrativa recorrente no "senso comum" nos séculos XX e XXI, como apontado anteriormente. Acerca do contexto da época, Aguirre (2009)

argumenta:

Apesar de tudo, desde meados do século XIX foram construídas algumas penitenciárias modernas na região, buscando conseguir vários objetivos simultâneos: expandir a intervenção do Estado nos esforços de controle social; projetar uma imagem de modernidade geralmente concebida como a adoção de modelos estrangeiros; eliminar algumas formas infames de castigo; oferecer às elites urbanas uma maior sensação de segurança e, ainda, possibilitar a transformação de delinquentes em cidadãos obedientes da lei. Sem dúvida, a fundação destas penitenciárias não significou, necessariamente, que tais objetivos tenham sido uma prioridade para as elites políticas e sociais. De fato, a construção de modernas penitenciárias foi a exceção, não a regra, e seu destino nos oferecerá evidências adicionais do lugar mais marginal que ocuparam dentro dos mecanismos gerais de controle e castigo (Aguirre, 2009 p. 38, 39).

Na América Latina, a primeira penitenciária foi a Casa de Correção do Rio de Janeiro, cuja construção começou em 1834 e foi concluída em 1850. Durante décadas, as penitenciárias na região permaneciam isoladas, formando um arquipélago de outras formas de confinamento. Isso significa que, embora essas penitenciárias pudessem acomodar centenas de detentos, elas não representavam uma mudança significativa nas práticas de aprisionamento, já que a capacidade total de abrigar prisioneiros era limitada em comparação ao número crescente de pessoas encarceradas (Aguirre, 2009).

Os relatos históricos de 1860 da Casa de Correção do Rio de Janeiro mostram que havia uma diversidade de grupos: menores de idade; pessoas escravizadas que haviam fugido; desempregados; pessoas em situação de rua; mulheres em situação de prostituição; pessoas anteriormente escravizadas empregadas para realizar obras públicas; além dos guardas e trabalhadores locais. Havia divisão por sexo, faixa etária e crimes. As pessoas escravizadas que haviam fugido de seus cativos eram deixadas no chamado Calabouço. Poderiam ser ali deixadas por seus senhores para receber punições. O papel do trabalho era uma preocupação da elite política, que objetivava adequar a classe empobrecida ao trabalho, visando “reprimir a mendicância, acostumar os vadios ao trabalho, e corrigi-los de seus vícios tão prejudiciais a eles mesmos como à sociedade em geral” (Maia, 2009, p. 307). Ou seja, a falta de trabalho era vista como uma ameaça aos “cidadãos honestos”, termo utilizado à época.

A Casa de Correção do Rio de Janeiro era diversa em sua composição e representava um espaço de trocas culturais, especialmente numa camada socialmente vulnerabilizada e marginalizada. Desde seu surgimento, a Casa apresentou problemas

graves quanto ao proposto pelo Código Penal de 1830, como espaços limpos, bem arejados, seguros, devendo haver separação dos réus para circunstâncias e natureza e seus crimes (Maia, 2009). Como também não conseguiram ter uma oferta humanitária, tampouco eficácia no combate ao delito e garantia mínima de higiene, passaram por crises financeiro-administrativas.

A escassez de recursos era asfixiante, a superlotação malogrou o experimento reformista desde o começo e a mistura de detentos de diferentes idades, condições legais, graus de periculosidade e, inclusive, sexos transformou-se em uma prática comum. Os abusos contra os detentos desmentiam as promessas de trato humanitário, e as limitações econômicas impediam as autoridades de oferecer aos presos comida, assistência médica, educação e trabalho adequados. Apresentando condições mais seguras de confinamento, estas penitenciárias impunham rotinas mais severas aos presos e exerciam um nível de controle sobre estes que teria sido virtualmente inimaginável nos cárceres preexistentes. Ainda assim, não conseguiam alcançar as expectativas e promessas de quem as havia construído (Aguirre, 2009, p. 40, 41).

Comparada à situação do sistema carcerário no século XXI, como será abordado no capítulo "Aprisionamento e adoecimento: aspectos das condições de encarceramento no processo saúde- doença", a proposta discursiva de proteger de torturas e tratamentos socialmente degradantes, aumentar a sensação de segurança e reintegrar socialmente sujeitos que tiveram conflito, é, desde as origens das prisões, conflitante com as práticas descritas por autoridades, estudiosos, pessoas presas e seus familiares.

Interessa a este trabalho contextualizar a história das prisões, fazer uma linha do tempo que permita entender a situação atual das condições de aprisionamento, das propostas previstas e das práticas vigentes, para então chegar até o debate da saúde, entendendo as complexidades da determinação social que compõem o desafio de atuação das equipes de saúde nesses espaços. Neste percurso, será abordada a seguir a situação da população privada de liberdade no Brasil e no mundo sob um olhar crítico e com enfoque demográfico.

## **1.2 População privada de liberdade no Brasil e no mundo: um panorama Demográfico**

Em 2022, o Brasil apresentou a terceira população de pessoas presas no mundo em

números absolutos. Este dado versa sobre o tamanho da população, ou seja, o número absoluto ou o total de pessoas privadas de liberdade no Brasil. Na análise de dados da população prisional mundial e nacional é importante o uso de outros marcadores que permitam comparar os dados da população geral com aquela privada de liberdade, posto que países com elevado número de habitantes não necessariamente apresentam números elevados de pessoas presas<sup>4</sup>.

A proporção entre população privada de liberdade e sua população total é a taxa de encarceramento, calculada a partir do número de pessoas em privação de liberdade de um país ou região por 100.000 de sua população nacional total ou regional. Este é um indicador importante para a comparação de como cada país lida com suas questões referentes ao encarceramento e costuma ser base também de análise do campo da segurança pública, de estudos criminais, penais e dos direitos humanos.

O World Prison Brief (WPB) é um banco de dados online que agrega e analisa os dados dos sistemas prisionais no mundo. Segundo dados da WPB (2021), a população prisional mundial é de 11,5 milhões de pessoas.

Tabela 1 - Taxas de encarceramento no mundo

1	Estados Unidos da América	629 por 100.000
2	Ruanda	580 por 100.000
3	Turcomenistão	576 por 100.000
4	El Salvador	564 por 100.000
5	Cuba	510 por 100.000
6	Palau	478 por 100.000
7	Ilhas Virgens Britânicas	447 por 100.000
8	Panamá	436 por 100.000
9	St. Kitts & Nevis	423 por 100.000
10	Granada	413 por 100.000
11	Tailândia	412 por 100.000
12	Ilhas Virgens Americanas	394 por 100.000
13	Bahamas	392 por 100.000
14	Uruguai	383 por 100.000
15	<b>Brasil</b>	381 por 100.000

Fonte: WPB, 2021.

<sup>4</sup> O termo População Privada de Liberdade compreende pessoas com 18 anos de idade ou mais que estejam custodiadas em unidades prisionais (Brasil, 2014). Quando pessoas menores de 18 anos cometem crimes previstos por lei, são tuteladas pelo Sistema Nacional Socioeducativo (SINASE), cujas políticas são específicas e não são objeto de estudo deste trabalho

Tabela 2 - Populações prisionais no mundo

1	Estados Unidos da América	2 milhões
2	China*	1,69 milhão <sup>5</sup>
3	<b>Brasil</b>	811.000
4	Índia	478.000
5	Rússia	471.000
6	Tailândia	309.000
7	Turquia	291.000
8	Indonésia	266.000
9	México	220.000
10	Irã	189.000
11	Filipinas	165.000

Fonte: WPB, 2021.

Há uma mudança de padrão no funcionamento das prisões, em mudanças no processo saúde-doença e no tamanho da população prisional no período da pandemia de COVID-19, entre 2020 e 2023. Observou-se que, em muitos países, o número de pessoas privadas de liberdade caiu no segundo trimestre de 2020, enquanto em outros países permaneceram menores do que no início de 2020 (WPB, 2021). Uma das hipóteses para esta redução pode estar relacionada a medidas de desencarceramento aplicadas para o enfrentamento da COVID-19 nas prisões, como será abordado adiante.

Tabela 3 - Taxas de encarceramento por região (média)

África	África Ocidental	44,5
	Sul da África	248
América		212,5
América Central		278
Ásia	Sul da Ásia	85
	Sudeste da Ásia	171
Europa		73
Países que têm base na Europa e na Ásia	Rússia	253
	Turquia	
Oceania		166,5

Fonte: WPB, 2021

<sup>5</sup> No caso da China não estão incluídos os dados de presos provisórios, portanto este número total de pessoas em privação de liberdade pode estar subestimado, segundo o próprio relatório da World Prison Brief (2021).

De 2000 em diante, o crescimento do número de pessoas em privação de liberdade no mundo ocorreu um pouco mais lentamente, em 24%, do que a população geral, 28%. No entanto, existem diferenças regionais. O aumento nas Américas foi de 43% no total, sendo 200% na América do Sul. Na Oceania houve aumento de 82%, na África 32% e na Europa uma diminuição de 27%. Dados mais específicos da Europa mostram diminuição da Rússia em 56%; além de 49% de redução na Europa central e em países do Leste europeu.

Quando se analisa a população encarcerada em geral, é importante delimitar que existem diferentes tipos de estabelecimentos penais, regimes, variações de condições regionais, níveis de segurança e divisões por gênero (presídios predominantemente masculinos e femininos, presídios mistos), dentre outras características, tais como:

- a) tipos de estabelecimentos penais (hospitais de custódia, penitenciárias, cadeias públicas, centros de observação, casa do albergado);
- b) regimes (aberto, fechado e semiaberto);
- c) condições e vagas dos estabelecimentos penais por estado/cidade;
- d) níveis de segurança e periculosidade (presídios de segurança média e máxima);
- e) divisões por gênero (masculinos, femininos e mistos);

O tipo de estabelecimento penal é importante para o debate da saúde, pois pensar, por exemplo, a oferta de cuidados em saúde para uma população em complexos penitenciários superlotados é diferente dos cuidados em prisões menores. Da mesma forma que são diferentes os serviços de saúde para custodiados das polícias federais e militares em outras condições de aprisionamento, comparados às penitenciárias. Nessa linha, a experiência de encarceramento tem outra dimensão para pessoas em prisão domiciliar. As condições que favorecem o adoecimento vão para além da pura privação da liberdade, considerando as intensidades e camadas de problemas presentes em cada um destes estabelecimentos. Existem diferenças regionais entre presídios, considerando, por exemplo, que a cobertura de serviços de saúde e o número de equipe de saúde prisional por pessoas privadas de liberdade é variável.

Os dados sobre a população em privação de liberdade têm variações importantes e suas discrepâncias impedem uma leitura precisa sobre a situação prisional no Brasil, embora os dados corroborem para superlotação e precariedade

(CNJ, 2021, p. 14). Existem três fontes oficiais alimentadas sobre a estrutura do sistema prisional:

- a) SISDEPEN (Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional), do Ministério da Justiça e Segurança Pública: plataforma de estatísticas produzida pelo Ministério da Justiça sobre o sistema penitenciário brasileiro acerca dos estabelecimentos penais e pessoas privadas de liberdade a partir dos dados alimentados pelos gestores de unidades prisionais desde 2004;
- b) Cadastro Nacional de Inspeções dos Estabelecimentos Penais (CNIEP), do Conselho Nacional de Justiça: ferramenta eletrônica alimentada por juízes com competência criminal, que consolidam um banco de dados das inspeções pelos órgãos judiciais dos estabelecimentos penais;
- c) Sistema Prisional em Números, do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP): banco de dados produzido a partir das visitas ordinárias realizadas pelos membros do Ministério Público de todo o país, conforme previsão na Resolução CNMP nº 56, de 22 de junho de 2010.

O tipo de estabelecimento penal é importante para o debate da saúde, pois pensar, por exemplo, a oferta de cuidados em saúde para uma população em complexos penitenciários superlotados é diferente dos cuidados em prisões menores, da mesma forma que são diferentes os serviços de saúde para custodiados das polícias federais e militares em outras condições de aprisionamento, comparados às penitenciárias. Nessa linha, a experiência de encarceramento tem outra dimensão para pessoas em prisão domiciliar. As condições que favorecem o adoecimento vão para além da pura privação da liberdade, considerando as intensidades e camadas de problemas presentes em cada um desses estabelecimentos. Existem diferenças regionais entre presídios, considerando, por exemplo, que a cobertura de serviços de saúde e o número de equipe de saúde prisional por pessoas privadas de liberdade é variável.

A população em privação de liberdade no Brasil no período de janeiro a junho de 2021 é de 674.163 para celas físicas e 141.022 para pessoas em prisão domiciliar, totalizando 815.185 pessoas privadas de liberdade, número que sobe para 820.629 quando contabilizado o número de pessoas em “outras prisões” (DEPEN, 2022).

Para fins metodológicos, a análise feita pelo autor desses dados do SISDEPEN utilizou o número total de pessoas em estabelecimentos estaduais e federais,

acrescendo o que o banco de dados define como "outras prisões", termo utilizado para encarceramento e custódia da polícia judiciária, batalhões da polícia e bombeiros militares. As análises segmentares feitas no SISDEPEN, tais como faixa etária, gênero e regime de pena com frequência, excluem este quantitativo atribuído a "outras prisões". Ou seja, as estatísticas disponíveis para consulta variam em relação ao total de pessoas privadas de liberdade. Os dados apresentados são divididos em estabelecimentos estaduais e federais, que se subdividem em pessoas presas em presídios (chamadas "celas físicas") e prisões domiciliares.

O número de vagas em 2021 foi de 467.569 e o déficit de vagas é de 189.663 e de 1416 estabelecimentos penais, sendo 1411 estaduais e 5 federais. Predomina a população masculina, pobre, negra e de jovens de menos de 34 anos (CNJ, 2021, p. 12; DEPEN, 2022); muitos não completaram o Ensino Fundamental (DEPEN, 2022); a proporção de pessoas negras é maior do que na população em geral, cujo dado evidencia que as questões étnico-raciais são indispensáveis ao se olhar para o sistema prisional.

Embora a maior parte da população encarcerada seja constituída por um perfil de homens jovens, negros e de baixa escolaridade, vale ressaltar a pluralidade deste grupo: idosos(as), crianças (filhos e filhas de mulheres privadas de liberdade em berçários), estrangeiros, indígenas, lésbicas, gays, transexuais, pessoas com deficiências, entre outros.

Grupos específicos, como LGBTQIAP+ e idosos, estão em situação de vulnerabilidade mesmo quando em liberdade. Quando estão privadas de liberdade, com frequência requerem espaços exclusivos para garantir sua segurança. A grande maioria dos estabelecimentos penais, no entanto, não possui infraestrutura que permita a separação com segurança de grupos vulnerabilizados (CNJ, 2021, p. 18).

Dados do Conselho Nacional de Justiça refletem que 88% dos estabelecimentos penais não dispunham de espaço para população idosa e 98% não dispõem de ala ou cela para população indígena. (CNJ, 2021, p. 18). Esta segregação criada com fins de proteção, pode também produzir mais exclusão e marginalização, considerando que este isolamento pode representar dificuldades nas oportunidades existentes de educação e trabalho dentro das prisões.

A população LGBTQIAP+ representa 21,98% do total de pessoas em privação de liberdade. No entanto, a produção destes dados é limitada, uma vez que violência nos presídios é intensa e pode incentivar as pessoas a não se autodeclararem quanto a

sua orientação sexual e identidade de gênero (Santos et al., 2022).

A população feminina em situação de encarceramento aumentou em 567% de 2000 a 2016, sendo uma variação neste período de 5.600 para 42.355 mulheres (FGV, 2018). A maioria está em idade reprodutiva (até 45 anos), é proveniente de áreas urbanas e possui o ensino fundamental incompleto. No período analisado (janeiro a junho de 2021), havia 45.218 mulheres em privação de liberdade (DEPEN, 2022).

Com a promulgação da Lei 11.343<sup>6</sup>, em 2006 (Brasil, 2006a), houve um endurecimento das penas contra o tráfico de drogas, principal responsável pela prisão de mulheres no Brasil (FGV, 2018). Cabe ressaltar que, comparativamente, os números de aprisionamento feminino são inferiores ao masculino e que em 2020 representaram 5.1% do total de pessoas privadas de liberdade no Brasil (WPB, 2021; FGV, 2018).

O encarceramento feminino é reforçado pelas desigualdades de gênero já existentes na sociedade e as condições ofertadas para mulheres não parecem respeitar as necessidades e especificidades dessa população (Ferreira, 2019; Germano et al., 2018; Ribeiro et al., 2021), sendo as prisões pensadas tendo o masculino como norma.

Davis (2018) propõe que o gênero é elemento fundamental na compreensão da estrutura penal com interseções no racismo, dominação masculina e estratégias de repressão política. Reconhece-se que homens praticam crimes considerados passíveis de punição pelo Estado, mas o apontamento da autora é que os homens foram ao longo do tempo considerados mais criminosos e as mulheres, insanas (Davis, 2018). A autora destaca que historicamente as mulheres têm maior chance de serem internadas em instituições psiquiátricas do que homens. Os transtornos emocionais e mentais são aplicados mais a mulheres brancas e ricas; enquanto o rótulo de criminosa é mais atribuído a mulheres negras e pobres.

No próximo capítulo o debate a ser aprofundado é sobre condições de encarceramento nas prisões brasileiras e seus impactos na saúde das pessoas privadas de liberdade.

---

<sup>6</sup> A lei 11.343 define normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, definindo parâmetros para estes crimes (Brasil, 2006).

## **2 APRISIONAMENTO E ADOECIMENTO: ASPECTOS DAS CONDIÇÕES DE ENCARCERAMENTO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

As prisões no Brasil são precárias, há superlotação e insalubridade, segundo consta em relatório do Alto Comissariado das Organizações Unidas (ONU, 2016b). As pessoas privadas de liberdade cumprem sua pena e pode-se dizer que suas famílias também, dados o estigma, as dificuldades e as barreiras encontradas para prover condições mínimas para seus membros e para seus familiares em situação de aprisionamento. Para a confecção do referido documento houve visita a presídios brasileiros e foram analisados os dados de seu sistema carcerário. Neste capítulo serão abordadas as principais questões das prisões brasileiras para dar visibilidade às relações entre território e determinantes sociais no processo saúde-doença.

O Brasil é signatário de diversos acordos que asseguram direitos humanos básicos, especialmente documentos que abordam as condições mínimas para o aprisionamento, como as Regras de Mandela (ONU, 2015) e as Regras de Bangkok (ONU, 2016a) para tratamento de mulheres privadas de liberdade. Os tratados internacionais são parte de um conjunto de esforços entre países e organizações para combater qualquer forma de violência durante o aprisionamento.

A Constituição Brasileira, ratificando os tratados internacionais, prevê em seu artigo 5º que ninguém deve ser submetido a tortura ou a tratamento desumano ou degradante; atos de tortura não preveem fiança, graça ou anistia; punições cruéis são proibidas; pessoas presas tem o direito de integridade moral e física (Brasil, 1988).

A Lei de Execução Penal (LEP), n. 7210 de 1984 prevê deveres de vários entes responsáveis pela observação e cumprimento dessas regras mínimas. Em seu artigo 10, a descrição da responsabilidade do Estado em prover assistência reitera o objetivo da pena na prevenção do crime e na orientação para o retorno da convivência em sociedade. Em seu artigo 11, a lei determina a responsabilidade do Estado em prover assistência à saúde; material; jurídica; educacional; e religiosa.

A despeito da previsão da lei, ao longo das últimas décadas, autoridades do executivo, do legislativo e da sociedade civil têm monitorado as condições das prisões brasileiras. As condições precárias, superlotação, insalubridade e violência ocorridas nestes territórios foram alvo de quatro Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI),

em 1976, 1993, 2008 e 2015 (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2017).

A primeira CPI instaurada em 1976, durante o período de transição da Ditadura Militar para o regime democrático, teve como objetivo central investigar e denunciar os tratamentos conferidos aos presos políticos durante este período de exceção (Rudnick; Souza, 2010). A CPI exigiu a reforma da legislação penal/penitenciária vigente à época e contribuiu para a reforma penal de 1977 e posterior criação da Lei de Execução Penal de 1984.

Na prática, por haver ainda uma distância entre a previsão da lei e a sua aplicação, outra CPI, criada em 1993, apontou como avanços a Lei de Juizados Especiais<sup>7</sup> e o Fundo Nacional Penitenciário<sup>8</sup>, embora tenha sido considerada limitada em diminuir esta distância com o previsto em lei (Rudnick; Souza, 2010).

Em 2006, ondas de ataque da organização criminosa Primeiro Comando da Capital (PCC), chamado “Crimes de Maio”, provocaram ao menos 564 mortes, rebeliões em 74 presídios do Estado de São Paulo, além de conflitos fora dos presídios (BRASIL, 2015; LAV- UERJ, 2008). Este evento contribuiu para a criação de nova CPI em 2008, cujo relatório final propôs 25 recomendações para autoridades federais e estaduais para melhorias no sistema carcerário. Em 2015, uma rebelião no presídio de Curado (Recife- PE) também contribuiu para a criação de CPI neste mesmo ano. Dentre as propostas, o estabelecimento das audiências de custódia<sup>9</sup> (Brasil, 2015).

O Relatório do Alto Comissariado da ONU, escrito em 2016, aponta problemas importantes na estrutura do sistema penal e carcerário brasileiros, que de acordo com o documento, as condições de aprisionamento no Brasil são cruéis, desumanas ou degradantes. A superlotação gera impactos e há problemas no acesso a comida, água, defesa legal, saúde, suporte psicossocial, oportunidade de trabalho e educação, tempo recreativo, exposição ao sol e ao ar livre; além disso, práticas de tortura e maus tratos. O cenário também revela o racismo institucional, a vulnerabilidade da população LGBTQIA+, o baixo efetivo de policiais penais e a militarização das forças de segurança, contribuindo para o ciclo de violência e tensão nos presídios.

---

<sup>7</sup> Os juizados especiais são previstos para julgar casos de menor complexidade, decorrentes de eventos cotidianos.

<sup>8</sup> O FUNPEN ou Fundo Penitenciário tem a finalidade prover recursos e meios para financiar e apoiar atividades e programas de aprimoramento do sistema penitenciário nacional.

<sup>9</sup> A audiência de custódia é a apresentação ao juiz 24h após a prisão para verificar se a mesma ocorreu dentro da lei; se a pessoa deve responder em liberdade ou presa e se sofreu qualquer tipo de violência no momento da abordagem policial até a audiência.

Além das condições não cumprirem requisitos básicos de direitos humanos, os autores apontam a ocorrência de seletividade para pessoas negras (pretas e pardas) no sistema de justiça criminal, havendo encarceramento desproporcional étnico-racial. Pessoas negras estão em risco aumentado de aprisionamento, abuso policial, tortura e maus-tratos, negligência médica, letalidade policial, além da seletividade nas penas, conforme citado. O racismo institucional é, então, gerador de profundas iniquidades.

A superlotação é um problema afetado pelo alto índice de pessoas em prisão provisória, sendo 40% em 2016 e 28.9% ao final de 2020 (ONU, 2016b; WPB, 2021). Outro fato é o longo tempo de detenção antes do julgamento, com média de espera de cinco meses. Os dados de reincidência oscilam entre 25 e 50%, considerado elevado, com poucas ofertas de programas de reinserção social (ONU, 2016b).

Os dados da população LGBTQIAP+ encarcerada são insuficientes. O relatório “LGBT nas prisões do Brasil: diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento”, do Ministério da Família e dos Direitos Humanos, de 2020 (Brasil, 2020c), buscou estimar o perfil desta população em situação de privação de liberdade e teve como metodologia o envio de questionário para as diretorias dos estabelecimentos penais. 34% dos 1449 estabelecimentos responderam à pesquisa. Ou seja, conhece-se menos da metade do perfil das pessoas LGBTQIAP+ presas no Brasil e menos de 25% das unidades que responderam ao estudo do Ministério da Família e dos Direitos Humanos seguem a recomendação de alas ou celas separadas.

Este grupo é alvo sistemático de ameaças e injúrias a integridade físicas e psicológica, incluindo violência sexual e mortes por agentes do Estado e outras pessoas presas (ONU, 2016b).

A Resolução n. 1/2014, do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT) do Ministério da Justiça e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, garante a manutenção de oportunidades de educação e trabalho; uso de nome social; garantia de cuidados em saúde; uso de terapia hormonal, dentre outras garantias (CNCD, 2014).

A Resolução nº 348 de 2020 do Conselho Nacional de Justiça resolve que haja garantia de acesso aos ambientes onde são ofertadas as assistências à saúde, educacionais, sociais, religiosas, materiais e trabalhistas; e reconhece que a população LGBTQIAP+ é composta exclusivamente por autodeclaração. Segundo o documento,

o local de privação de liberdade será determinado após consulta à pessoa acerca de sua escolha (CNJ, 2020b).

No que se refere ao quantitativo de servidores da polícia penal nos presídios, a proporção média de policiais e pessoas presas é de 1:5, havendo situações mais graves, como a proporção de 2:490. Os servidores em geral têm pouco acesso a treinamentos, geralmente marcados pela militarização das abordagens. O uso de força extrema, as abordagens mais ostensivas geram mais tensão e violência. Identifica-se provável subnotificação de casos de tortura e maus tratos (ONU, 2016b).

Há preocupação, ainda, em relação à oferta de água potável e comida em quantidade e qualidades aceitáveis, com problemas também na distribuição das refeições em tempo hábil para as pessoas presas. Existem problemas também na oferta de acesso à saúde, educação e trabalho, além de atividades que possam auxiliar a procura por empregos após o tempo de aprisionamento (ONU, 2016b).

A discussão sobre o adoecimento em território prisional corresponde à complexa relação entre um ambiente insalubre, violento, com condições precárias materiais, associadas ao confinamento, distanciamento das redes afetivas, estigmatização, dentre outras características. Assim, há um debate sobre a incompatibilidade dos termos saúde e prisões, sendo duas ideias conflitantes, paradoxais e oxímoras.

Se a precariedade é marcante no contexto carcerário brasileiro, os limites da promoção à saúde em território prisional, não podem, no entanto, ser razão para que não sejam adequadamente providos cuidados em saúde. Ao contrário, há uma necessidade maior em se oferecer mais cuidados àqueles em situação de extrema vulnerabilidade, respeitado o princípio da equidade proposto pelo Sistema Único de Saúde.

Pesquisas sobre saúde-adoecimento das pessoas presas são em sua maioria sobre HIV/AIDS, hepatites virais, infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose (Gois et al., 2012). Dados do Ministério da Saúde apontam que o risco de tuberculose em pessoas privadas de liberdade é 34,9 vezes maior do que para a população em geral. (Sánchez et al., 2010). Uma pesquisa quantitativa realizada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) buscou o levantamento epidemiológico das pessoas presas entre 2007 e 2014 e concluiu que tuberculose, dengue, HIV/AIDS, hepatites virais, sífilis adquirida, atendimento antirrábico humano, hanseníase, síndrome do corrimento uretral masculino, doença de chagas aguda, violências e leptospirose são, em ordem,

os agravos mais frequentes (Miranda et al.; 2015; Soares; Bueno, 2016).

Outros agravos certamente têm relevância, embora não estejam listados. Os autores do referido levantamento epidemiológico observaram importante subnotificação dos agravos. Assim, ficam ausentes as doenças crônicas e degenerativas, que em sua maioria não compõem o rol de notificação compulsória, assim como muitos dos agravos à saúde mental. As dermatoses também são prevalentes e têm relações com as condições ambientais e estruturais precárias (Cartaxo, 2014; Miranda et al., 2015).

O número elevado de pessoas por cela, a insuficiência na distribuição de material de higiene; a escassez e irregularidades no fornecimento de lâminas barbear; locais inapropriados para lavagem e secagem de roupas; e ambientes com mofo e infiltrações são condições que corroboram para adoecimentos variados, como dermatoses, doenças respiratórias, dentre outras. Por tais condições, torna-se ainda mais importante a vigilância de doenças infecciosas como hanseníase, tuberculose, doença de chagas, dengue e leptospirose, dentre outras.

Estudo de Minayo e Ribeiro (2016) sobre as condições de vida de pessoas presas no Estado do Rio de Janeiro apontou problemas a superlotação, o ócio, a escassez de perspectivas, os maus tratos e os relacionamentos conflituosos a que esta população é submetida. Entre outros agravos, destacam-se problemas osteomusculares (76,7%), luxação de articulação (28,2%), bursite (22,9%), dor ciática (22,1%), artrite (15,9%), sinusite (55,6%), rinite alérgica (47%), bronquite crônica (15,6%), tuberculose (4,7%), doenças de pele e outras. A tuberculose nos presídios é um problema grave, persistente, negligenciado, que demanda ações específicas adequadas às realidades das prisões (Sánchez et al., 2007; 2010; Larouzé et al.; 2015; Sánchez; Larouzé, 2016). A hanseníase também demanda olhar particular por sua importância em saúde pública e as condições de encarceramento (Santos et al., 2022), embora não tenham sido encontrados estudos de prevalências significativas.

A alimentação ofertada pelo Estado, direta ou indiretamente pela contratação de empresas terceirizadas, é frequentemente um problema (Matos et al., 2021; Cartaxo et al., 2014 por ser quantitativamente e qualitativamente inadequada. Em consequência, há um risco aumentado para infecções agudas diarreicas, desnutrição, carências de vitaminas e nutrientes, hemorroidas, doenças gástricas, entre outras. Neste caso, muitos estabelecimentos permitem a entrada de alimentos trazidos pela família, prática que não deveria ser necessária, considerando a tutela da PPL pelo Estado.

As condições de saúde mental das pessoas privadas de liberdade podem ser agravadas pela experiência do aprisionamento e confinamento, bem como por condições estruturais, sociais, distanciamento da família e da rede de apoio, além do medo da impossibilidade da preservação da integridade física e moral.

Estudo de Sánchez et al. (2021) sobre mortalidade entre as PPL no Estado do Rio de Janeiro no período 2016-2017 concluiu que a taxa global de mortalidade foi maior entre as PPL comparadas a população geral, com mortalidade por doenças infecciosas 5 vezes superior, especialmente para tuberculose, 15 vezes superior. As doenças crônicas também obtiveram mortalidade maior nas PPL, sendo 1,5 para doenças endócrinas, como, por exemplo, diabetes, e 1,3 para doenças circulatórias. Causas externas foram menos frequentes entre PPL. A pesquisa concluiu que o expressivo número de mortes era potencialmente evitável, fatos decorrentes de desassistência e exclusão, demandando adequada reestruturação e ampliação das equipes de Atenção Primária Prisional.

São conhecidas as maiores prevalências de transtornos mentais entre as PPL quando comparadas com a população em geral para depressão, transtornos de personalidade e ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar e psicose (Constantino et al., 2016). As condições de saúde mental, mesmo sendo prevalentes, são subdiagnosticadas e negligenciadas no território prisional e frequentemente atribuídas a simulação (Santos et al., 2022). O risco relativo de óbito por suicídio por PPL do sexo masculino é de três a seis vezes maior do que para a população em geral e é ainda mais alto entre as mulheres em situação de encarceramento. Atenção devida deve ser dispensada a comportamentos disruptivos, que podem sinalizar pessoas em sofrimento, vivenciando situações de tortura, abandono institucional e familiar e violência (Santos et al., 2022).

O enfrentamento das condições de saúde mental demanda ações articuladas de equipes multiprofissionais, além do apoio de equipes psicossociais e articulações com outros pontos de cuidado da rede de atenção. Parecem ser necessárias alternativas para a medicalização extrema, prescrição excessiva, sobreuso, vendas internas e o risco de efeitos adversos no caso da prescrição de psicotrópicos. Há ainda o risco de dependência de drogas lícitas, como os benzodiazepínicos (Santos et al., 2022; Collins et al., 2017).

Destaca-se, então, o risco de medicalização social, caracterizado pela transformação da experiência e comportamentos humanos em problemas médicos;

consequentemente, alerta-se para o risco do uso indiscriminado de psicotrópicos no âmbito da saúde prisional, considerando o contexto de limitação para promoção da saúde mental e poucos recursos que sejam alternativos para alívio do sofrimento cotidiano causado pelo confinamento e pelas condições postas no contexto adverso das prisões brasileiras. São territórios de extrema vulnerabilidade, cujo padrão pode ser a descartabilidade do outro (Gaudenzi, 2021).

O estudo de Constantino et al. (2016), que tomou como local de pesquisa o Estado do RJ, aponta que 35,8% dos homens e 57,9% das mulheres apresentavam sintomas de estresse e 6,3% dos homens depressão e 7,5% das mulheres. Entre os fatores de proteção para estresse e depressão estão os vínculos familiares. No caso da depressão, os homens tiveram menos chance de depressão quando havia trabalho e prática de religiões, enquanto o vínculo familiar foi o único fator de proteção identificado para mulheres.

São encontradas estimativas de maior adoecimento mental e sofrimento psíquico nas pessoas privadas de liberdade do que na população em geral na proporção de 10 a 15 vezes (Constantino et al., 2016; Facer-Irwin et al., 2019; Farrier et al., 2019). Damas et al. (2013) argumentam que os sintomas que caracterizam depressão estão influenciados diretamente pelas questões de encarceramento, como superlotação, falta de iluminação nas celas, baixa ventilação; odor fétido do ambiente; má alimentação; sedentarismo; violência e convivência com pessoas violentas e agressivas, incluindo aquela proveniente de agentes penitenciários; e confinamento em “solitárias”, pelo espaço reduzido e menor interação social.

Para as famílias, a experiência de ter algum membro encarcerado tem repercussões importantes na dinâmica organizacional. Estudos descrevem discriminação na comunidade em que vivem e dificuldades para manter a vida da família em liberdade em termos materiais e afetivos, assim como apoiar a gestão da vida da pessoa presa. Com frequência, é preciso que as famílias gastem com itens insuficientes providos pelo Estado, como alimentação, medicamentos, roupas, produtos de higiene pessoal, assim como outros itens como televisores e livros.

Os familiares podem não conseguir manter seus empregos, pelo sofrimento com a ruptura dos laços familiares e também pelo estigma social e pelas dificuldades de conseguir realizar as visitas da forma como habitualmente são organizadas. Assim, ser familiar de pessoa presa parece um limitador para a mobilidade social, o que reforça o ciclo de exclusão social discutido anteriormente.

Essas famílias não contam com o Estado. Autores sugerem que os familiares descrevem suas rotinas de visitas como “cansaço” já que quando buscam equipamentos públicos como centros de assistências social, unidades de saúde e defensoria pública tem muitas barreiras. Assim, contam com uma rede de cuidados e solidariedade composta por associações de familiares e uma rede espontânea de pessoas em situação similar. Por vezes, não buscam ajuda de benefícios disponíveis, como o “auxílio reclusão”, por vergonha e por descrédito nas políticas públicas. No caso das visitas a seus familiares, um estudo de Pereira (2016) descreveu falas de que os trâmites burocráticos são pensados para que desistam ou sofram. Pode-se refletir que as famílias de uma certa foram também “cumprem pena”, se um certo objetivo não dito oficialmente das penas é “fazer sofrer” ou provar que “o crime não pode valer a pena”. Narrativas que circulam no senso comum sobre o papel do encarceramento na sociedade.

No caso da saúde, mesmo que o subsistema prisional não esteja organizado para receber familiares, é na Atenção Primária à Saúde que essas pessoas buscarão apoio e atendimento para suas demandas, sofrimentos e adoecimentos, influenciados pelo contexto de privação de liberdade vivido por toda a família.

O papel dos policiais penais, anteriormente denominados "agentes penitenciários", é central na estabilidade daquilo que se propõe o ambiente prisional no sentido da estabilidade e garantia de direitos previstos. Há uma estigmatização destes trabalhadores, considerada função indesejável. Tal função perpassa a vigilância do estabelecimento penal, sendo estratégica na condução de pessoas privadas de liberdade para unidades de saúde internas e externas; audiências e outras atividades previstas. Pela exposição a um ambiente constantemente mediado pela violência, frequentemente estão sujeitos a situações de estresse, intimidações, agressões, ameaças, possibilidades de rebelião e riscos à integridade física (Paixão et al., 2022; Ribeiro et al., 2019).

Estudos apontam que a saúde desses agentes públicos é afetada por sua condição laboral com consequências importantes à saúde, especialmente a saúde mental (Rumin et al., 2011; Bezerra et al., 2016; Jaskowiak; Fontana, 2015; Souza et al., 2021). Para além do diagnóstico de doenças, estudos mostraram que os agentes reagem com sentimentos negativos à tutela de pessoas privadas de liberdade, podendo apresentar cinismo, indiferença, frustração e despersonalização. Há tendência à insatisfação no trabalho, além de ansiedade, estresse e usos frequentes de álcool e tabaco (Paixão et

al., 2022).

Este ambiente de trabalho é também influenciado particularmente por eventos globais. A pandemia pela Sars-COV 2, no Brasil definida oficialmente entre os anos 2020 e 2022, impactou a população prisional global, gerando uma redução sustentada pela diminuição em algumas regiões, mais notadamente a partir do segundo semestre de 2020 (WPB, 2021). Além do impacto demográfico, as questões relacionadas à saúde assumiram um papel de destaque nos debates anteriormente mais concentrados nas áreas de segurança pública, áreas penal e criminal e da administração penitenciária.

A expectativa em 2020 era de iminente catástrofe humanitária em territórios de extrema vulnerabilidade social e em aglomerados populacionais, o que provocou debates acerca das estratégias para cenários como esse das prisões. Considerando a impossibilidade de distanciamento social nas prisões, Byrne et al. (2020) analisaram as estratégias de mitigação da COVID-19 em 50 países que compõem mais de 90% da população prisional global e encontraram três táticas principais de enfrentamento:

1. “front-end”: limitar a circulação do vírus para dentro das prisões (p. ex: suspensão das visitas);
2. “in prison”: limitar a disseminação do vírus entre pessoas presas e servidores que atuam na prisão (ex: quarentenando pessoas presas);
3. “back-end”: reduzir o risco de infecção entre subgrupos vulneráveis (ex: desencarcerando ou criando espaços próprios internos para idosos).

Outra estratégia foi a recomendação da Organização Mundial da Saúde para o desencarceramento de pessoas que compõem ditos grupos de risco para a COVID-19, desde que não representassem perigo à sociedade. O Brasil adotou estas medidas propostas através da Recomendação 62/2020, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2020a), que considera como grupo de risco idosos, gestantes, pessoas com doenças crônicas, respiratórias ou com condições imunossupressoras. Outras entidades, como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, buscaram ofertar outras recomendações técnicas que pudessem auxiliar decisões de gestores, profissionais de saúde, policiais penais, pessoas presas e seus familiares (Carvalho et al., 2020; Santos et al., 2021; SBMFC, 2020).

A proposta de desencarceramento gerou, no entanto, expectativa e frustração na redução da população prisional brasileira, sendo a aposta nesta estratégia uma perda

de oportunidade para uma reforma do sistema penal e carcerário brasileiro a partir da crise da COVID-19 (Machado, 2021; Sánchez, 2020). Em 2020, esperava-se uma elevada mortalidade, dadas as condições desfavoráveis para o isolamento social e a dificuldade de condições e direitos básicos, como higiene e acesso à saúde (Sánchez, 2020). O que se identificou foram as dificuldades no processamento e transparência de dados sobre a COVID-19 no Brasil e no mundo e na disponibilização de testes de forma uniforme para o sistema prisional brasileiro (Carvalho et al., 2020).

A COVID-19 também impactou de outras formas a experiência de aprisionamento. Estudos analisaram como a pandemia potencialmente causou restrição e dificuldades à experiência de encarceramento no Brasil e no mundo (Maycock, 2022; Suhomlinova, 2022; Carvalho et al., 2020; Byrne et al., 2020). As pessoas presas viveram um distanciamento maior de suas famílias após período intermitente em 2020 e 2021 de suspensão de visitas. Houve suspensões de atividades laborais, educativas e religiosas. Essas pessoas presas também conviveram com o medo de adoecer, de morrer, de perder entes queridos sem a possibilidade de uma despedida ou de um contato mais frequente, agravando a experiência de luto. Houve, portanto, deterioramento da saúde mental das pessoas presas, influenciadas pelo contexto particular da COVID-19 nas prisões (Gaudenzi, 2021; Castro, 2021).

O quadro a seguir, organizado de acordo com Santos et al. (2022), sintetiza os problemas de saúde e determinantes sociais e saúde frequentes em território prisional:

Quadro 1 - Principais problemas de saúde e determinantes do processo saúde adoecimento das pessoas privadas de liberdade

<b>Problemas de saúde comuns nas prisões</b>	<b>Determinantes sociais em saúde frequentes nas prisões</b>
Transtornos mentais	Condições ambientais e estruturais precárias e insalubres
Doenças de pele	Unidades prisionais superlotadas
Tuberculose Pulmonar	Afastamento familiar e comunitário
Infecções Sexualmente Transmissíveis	Acesso limitado aos insumos de higiene e preservativos
Violência	Violência Institucional

Doenças gástricas, hemorroidas, carência de vitaminas e nutrientes, desnutrição	Seletividade do sistema de justiça criminal e racismo anti-negro
Asma não-controlada	Limitação para aplicação das medidas não farmacológicas para o cuidado à saúde
Diabetes	Alimentação precária fornecida pelas instituições prisionais
Hanseníase	Insuficiência de políticas educacionais e culturais
Dificuldade de acesso à Defensoria Pública	Histórico contínuo de negação dos direitos das pessoas

Fonte: Santos et al., 2022.

Neste capítulo foi abordada a precária realidade das prisões no Brasil, destacando a superlotação, insalubridade e a violação de direitos humanos como elementos centrais no agravamento das condições de saúde das pessoas privadas de liberdade. A situação se agrava pela seletividade racial no sistema de justiça, a falta de acesso a cuidados básicos de saúde e as condições materiais inadequadas dentro dos estabelecimentos prisionais. As dificuldades enfrentadas por essa população também se estendem as suas famílias, que sofrem com estigmatização e sobrecarga emocional e financeira. Mesmo com as previsões legais que garantem direitos, como a assistência à saúde, as evidências mostram uma precariedade que resulta em adoecimentos físicos e mentais que talvez poderiam ser minimizados.

Diante desse cenário, o próximo capítulo irá aprofundar a discussão sobre as políticas de saúde voltadas para as pessoas privadas de liberdade e suas bases legais-normativas, abordando como essas políticas têm sido implementadas e os desafios enfrentados para garantir o direito à saúde nesse contexto. A análise se concentrará nas diretrizes estabelecidas para assegurar que a saúde dos detentos seja tratada como um direito inalienável, apesar das limitações e adversidades presentes no sistema prisional brasileiro.

### 3 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E SUAS BASES LEGAIS-NORMATIVAS

O princípio da equivalência e integração é uma direção para atuação das equipes multiprofissionais no território prisional. A equivalência corresponde ao princípio 9 (ou regra 24, conforme versão em português) do documento Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos, abaixo destacado:

O provimento de serviços médicos para os presos é uma responsabilidade do Estado. Os presos devem usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade, e os serviços de saúde necessários devem ser gratuitos, sem discriminação motivada pela sua situação jurídica (ONU, 2015, p. 08).

Esse princípio aparece em outros documentos da ONU, com destaque para a Declaração de Moscou (ONU, 2003) e o Boa Governança para as prisões no século XXI (ONU, 2014) além de estar presente em algumas normativas que orientam princípios éticos profissionais, como é o caso da medicina. O princípio da equivalência aparece em sua essência também no Código de Ética Médica das Nações Unidas, além dos códigos de ética da Associação Médica Mundial (WMA - World Medical Association), na Declaração de Genebra (1948) e no Código Internacional de Ética Médica, atualização realizada no ano subsequente, em 1949.

A Declaração de Moscou (2003) reuniu delegados dos países membros da ONU Europa afirmando que

a saúde penitenciária deve ser parte integral do sistema de saúde pública de qualquer país. Neste sentido, é necessário para ambas, saúde prisional e saúde pública, responsabilidade igual no âmbito da saúde das prisões (ONU, 2003, p. 03).

As políticas de saúde voltadas para esta população têm como marco importante a Lei de Execução Penal n. 7.120 (Brasil, 1984), que definiu o direito ao acesso à saúde, à assistência material, religiosa, educacional e acesso à justiça para as PPL. A saúde das pessoas privadas de liberdade, as condições e ofertas de serviços de saúde prisionais e o estudo das políticas de saúde têm sido alvo de pesquisas que mostram que, apesar das previsões legais e normativas, há exclusão dessas pessoas do SUS no acesso a Unidades Básicas de Saúde Prisionais e serviços extramuros (Cartaxo et al., 2014; Lermen et al., 2015; Silva, 2015; Sánchez et al., 2016; Simas et al., 2021).

A Constituição Federal de 1988, sob a lei nº 8.080, definiu a toda a população brasileira que saúde é direito de todos e dever do Estado, o que estava garantido por lei, mas não necessariamente no cotidiano, às pessoas privadas de liberdade anos antes. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde prisional passa a integrar, em tese, um mesmo sistema de organização dos cuidados em saúde.

As leis n. 7.120/1984 e 8.080/1988 são as mais relevantes para o campo da saúde prisional. Do ponto de vista do ordenamento jurídico, todas as determinações infralegais devem seguir seus parâmetros. Decretos e portarias, então, não podem se opor à previsão das leis (Simas et al., 2021).

No entanto, observa-se que a regulamentação, o fomento e a expansão de equipes de saúde acontecem de forma mais efetiva com a publicação da Portaria Interministerial (Saúde e Justiça) nº 668/2002 e nº 1777/2002, que instituíram o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), que vigorou até 2013.

Observa-se uma evolução após as leis criadas na década de 1980, destacando as Políticas de Saúde publicadas em 2003, o PNSSP e, em 2014, a PNAISP. Os próprios termos utilizados para se referir a saúde correspondem ao tipo de documento legal e ao tempo histórico. A LEP (Lei de Execução Penal) utiliza o termo "atenção"; o PNSSP, "assistência"; e a PNAISP, "cuidado", mudanças simbólicas e conectadas com discussões próprias do campo da Saúde Coletiva.

A LEP é uma lei geral relacionada à previsão dos cumprimentos de penas para conflitos com a lei, não sendo específica do campo da saúde (Brasil, 1984). Os termos da LEP para se referir às pessoas em aprisionamento, "apenado", "preso", "condenado" são referências que estão em desuso e remetem ao estigma também presente em outras palavras como "detento", "preso", "presidiário" e, embora não sejam "incorretas" do ponto de vista normativo, contrastam semanticamente com o termo "pessoas privadas de liberdade", adotado pela PNAISP (Brasil, 2014), que resgata a ideia de sujeito, com suas trajetórias e narrativas, para além do estigma de sua condição penal (Lermen et al., 2015). Na saúde, há hoje uma tendência em documentos oficiais por termos menos estigmatizantes como "pessoas privadas de liberdade", "pessoas presas" e "pessoas privadas de liberdade no sistema prisional" (Silva et al., 2022).

A LEP é a primeira política social para pessoas privadas de liberdade que regulamenta o acesso das PPL à saúde, garantindo atendimento médico, farmacêutico e odontológico. A CF de 1988 consolidou o SUS e fortaleceu direitos sociais em temas como saúde, educação, assistência social, previdência, dentre outros, reforçando

políticas universalizantes e abrangentes (Rodrigues, 2014). Do ponto de vista legal, não há nenhum dispositivo que exclua as pessoas privadas de liberdade dos direitos básicos fundamentais, como o direito à saúde. Nesse sentido, em tese essas pessoas já estariam incluídas no SUS, por seu caráter universalizante (Simas et al., 2021). No entanto, a cobertura por equipes de saúde prisional não acompanhou a expansão de equipes de Saúde da Família (Silva, 2015).

Destaca-se o longo tempo entre o surgimento da LEP (1984), da Constituição Federal (1988) e da primeira política de saúde como mecanismo de operacionalização político- normativa deste subsistema, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), publicado em 2002, pela Portaria Interministerial MS/GM/MJ n. 628, com o propósito de prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, além daquelas em estabelecimento psiquiátricos (Simas et al., 2021).

A Portaria Interministerial nº 1777/2003 tem enfoque em ações setoriais e de prevenção aos principais agravos. Conforme destaca Silva (2015, p. 28):

[...] segundo a Portaria nº 1.777/2003, o Plano é “destinado a prover atenção integral à saúde da população prisional”, tendo como prioridades para o alcance dessa finalidade as seguintes medidas: 1) reforma e equipagem das unidades prisionais; 2) organização do sistema de informação; 3) implantação de ações de promoção; 4) implementação de medidas de proteção específica; 5) implantação de ações para a prevenção; 6) garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde.

O Plano obteve avanço no que tange a adesão dos Estados à expansão do número de equipes, no entanto, foi criticado pelo enfoque na população majoritariamente penitenciária, excluindo aquelas pessoas em regime provisório e em delegacias civis (Silva, 2015). Outro aspecto é a inclusão na Portaria nº 268/2003, da disposição de serviços de saúde no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), como Posto ou Unidade Básica de Saúde. Diante disso, há uma aproximação dos serviços de saúde prisionais para a composição de Atenção Básica ou Primária<sup>10</sup> presente no SUS naquele momento, em detrimento de um serviço de saúde prisional independente ou descontextualizado da rede de atenção à saúde.

A composição das equipes na PNSSP previa médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem. Embora pareça um detalhe, a possibilidade de estabelecer equipes dentro de uma Unidade Básica de Saúde, ou Unidade Básica de Saúde Prisional, é um caminho para se

organizar um subsistema integrado ao SUS com base na Atenção Primária à Saúde. É importante destacar a importância desta integração dos serviços de saúde prisionais com as políticas de saúde vigentes, dialogando com os arranjos institucionais e organizacionais vigentes no SUS para que os planos de cuidado para os sujeitos privados de liberdade sejam efetivos.

A incorporação plena destes serviços na rede SUS dialoga também com os movimentos globais da saúde prisional por ser um tema emergente e relevante na Saúde Pública e na Saúde Global, tal como trazido na Declaração de Moscou (ONU, 2003).

Outro aspecto que não encontrado na literatura sobre o tema foi em relação ao pertencimento e à gestão das equipes de saúde à Secretaria de Saúde em detrimento da organização feita pelas Secretaria de Administração Penitenciária ou de Segurança Pública, considerando que a finalidade desta última são as questões de "segurança". Embora não sejam avessas a questões de saúde, na prática podem representar algum tipo de conflito ou tensão. Estudos parecem ser necessários para dimensionar estes aspectos da macrogestão.

A implantação PNSSP ocorre num contexto dos governos de centro-esquerda na América Latina, chamada Maré Rosa, que ocorreu nas décadas de 2000 e 2010 e que obteve avanços nas estruturas normativas e legais no que tange formulações para os sistemas de saúde e para as áreas de proteção social (Levcovitz, e Couto, 2019). No caso do PNSSP e da PNAISP, abordados adiante, as publicações das políticas para as PPL ocorrem em 2003 e 2014, período em que também foram publicadas políticas para grupos em situação de vulnerabilidade (Lermen et al., 2015). Dentre essas ações, destacam-se as seguintes: "Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006), Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2003b) ; Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência (Brasil, 2010), Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta (Brasil, 2013); Saúde da População em Situação de Rua (Brasil, 2014); Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002); Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (Brasil, 2013).

Outro elemento de conexão entre os debates de populações em situação de vulnerabilidade e a conexão com as lutas políticas do SUS e o cuidado com as pessoas

---

<sup>10</sup> Este trabalho utiliza os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica como sinônimos.

privadas de liberdade está no fato de que o PNSSP foi discutido durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema central: "Saúde: um direito de todos e dever do Estado, a Saúde que temos, o SUS que queremos" (Lermen et al., 2015; Paim, 2008).

Houve uma boa adesão das Unidades Federativas e expansão importante das equipes, no entanto, em número bem abaixo em relação ao crescimento da população privada de liberdade no período de vigência da política, se comparada à Estratégia de Saúde da Família e ao número de estabelecimentos penais. Para efeito ilustrativo, a cobertura assistencial de EPENs era 25 a 30% em 2008, enquanto a de ESF era de 50% em 2009. Silva (2015) ressalva que o PSF foi iniciado em 1994, enquanto o PNSSP é de 2003. De 2008 a 2013, por exemplo, a cobertura da população penitenciária fica estável, em torno de 30%, enquanto a cobertura de ESF sai de 35% a 60%. Ou seja, as políticas podem demandar tempo para atingirem sua população-alvo. Cabe, ainda, dizer que o crescimento da população privada de liberdade nos últimos 30 anos, que ultrapassou o ritmo de crescimento da população em geral, gerou uma pressão para a formulação de políticas que de alguma forma amenizam as condições de vida no sistema carcerário.

O objetivo primordial do PNSSP, dado que os indicadores de saúde da população prisional eram muito desfavoráveis, era controlar e reduzir os agravos de saúde mais prevalentes e trabalhar aspectos da prevenção e promoção à saúde. A PNSSP incluiu ações da política nacional de saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e HIV, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase. Também incluiu assistência farmacêutica básica, imunização e coleta de exames laboratoriais, importantes para que as ações do nível primário contribuam para a melhoria dos níveis de saúde e garantam alguma resolutividade para este nível de atenção (Simas et al.; 2021; Lermen et al., 2015; Silva, 2015). Lermen et al. (2015) apontam para a invisibilidade das políticas para mulheres em situação de privação de liberdade. A PNSSP faz acenos à questão, consolidados na promulgação da Lei nº 11.942 de 2009, que assegura o direito pré-natal e pós-parto a mulher, estendido ao recém-nascido.

Estas inclusões também repetem o padrão de inclusão das políticas de saúde para mulheres no Brasil, cujo recorte é o da gestação e do parto e a oferta de mais cuidados às mulheres quando vinculadas a uma criança. Essa abordagem pela via dos direitos sexuais reprodutivos é, segundo Lermen et al. (2015, p. 914), um mecanismo

de controle que captura e governa os corpos femininos, decidindo o "que as mulheres querem, se devem ou não ter filhos, quantos filhos ter e quando tê-los".

Em 2014 é instituída a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas no Sistema Prisional (PNAMPE), através da Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, entre o Ministério da Justiça e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e, curiosamente, sem o Ministério da Saúde na redação do documento, o que, segundo Lerman et al. (2015, p. 914), indica uma "fragilidade no âmbito intersetorial desta política". Dos avanços que se pode destacar, a política amplia um olhar sobre ações de prevenção de violência contra as mulheres, bem como o fomento a adoção de normas e procedimentos voltados às questões de gênero, idade, etnia, cor ou raça, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental, além da construção e adaptação de estabelecimentos prisionais voltados para as mulheres (Lermen et al., 2015).

Em 2014, o PNNSP é substituído pela Política Nacional da Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), que representou um avanço em relação à definição do escopo de atuação das equipes de saúde, incorporando a população em situação de privação de liberdade para além do regime fechado e das pessoas em penitenciárias. Além disso, avanços como a ampliação da composição das equipes e o diálogo desta política com outras para pessoas em situação de vulnerabilidade impactaram positivamente as ações de provimento de cuidados no âmbito do SUS como sistema, sendo a saúde prisional um microssistema ou subsistema que faz parte, não um sistema à parte.

A PNAISP foi uma política construída a partir dos esforços do Grupo de Trabalho Intersetorial, formado por Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, e o Comitê Técnico Intersetorial da Saúde no Sistema Prisional, que reuniu gestão, sociedade civil e academia. (Silva, 2015).<sup>11</sup>

Um dos objetivos específicos da PNAISP é a promoção do acesso à Rede de Atenção à Saúde, almejando o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, por meio de uma efetiva integração da saúde prisional ao SUS. Para atingir tal intento, o documento normatiza critérios de responsabilização, pactuação e adesão dos estados e do Distrito Federal com a União. A política é, segundo Silva et al. (2015), pela corresponsabilidade interfederativa e propõe organizações de serviços por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), concebendo a territorialização como um dos eixos

fundamentais do sistema. Nesse caso, o local de residência é o estabelecimento penal, logo os entes federativos são aqueles responsáveis por aquela população no território. A política então desloca para a competência do município esta organização, tal como acontece nas políticas de descentralização do SUS, diferente do que era proposto anteriormente no PNSSP, que tinha no estado uma figura de operacionalização da política.

Outro elemento relevante da PNAISP (Brasil, 2014): as equipes de Saúde Prisional têm formação e composição próprias, arranjos diferentes daqueles previstos pelas Políticas Nacionais da Atenção Básica de 2006 e 2012, até então vigentes. Silva (2015) comenta que durante a formulação da política houve propostas para que a composição da equipe fosse idêntica à ESF, no entanto, parece que a composição específica para este território foi visão predominante. Isto significa que a PNAISP recomenda tipos de equipes voltadas para a organização de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) para que sejam repassados os valores financeiros provenientes do orçamento federal.

As normas para a operacionalização da PNAISP encontram-se na Portaria de Consolidação nº 2/2017 (Brasil, 2022), classificando os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais de acordo com a população e estabelecendo o mínimo de horas de funcionamento e a composição multiprofissional das equipes de saúde no sistema prisional (ESP). A Política define uma nova composição de equipe, quando comparadas ao PNSSP, ditas equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), atualizadas na Portaria GM/MS Nº 2.998, 09 de setembro de 2021 (Brasil, 2021). A PNAISP prevê equipe tipo I - até 100 pessoas; tipo II - de 101 a 500 pessoas; e tipo III - de 501 e 1200 pessoas. As equipes multiprofissionais são compostas por cirurgião-dentista, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal e podem ser acrescidas de outros profissionais, como médico psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista, a depender dos tipos de equipe (Brasil, 2014).

Essas equipes devem estar integradas a uma Unidade Básica de Saúde, o que retoma os debates de integração com outras políticas do SUS, tal como as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB). Isto significa que os estabelecimentos penais passam a ser territórios e sua população uma base populacional e territorial vinculada às RAS.

---

<sup>11</sup> Essa trajetória e os resultados desses trabalhos foram publicados por Silva (2015) no livro "Do Plano a Política de Saúde no Sistema Prisional".

Diferente do PNNSP, que manteve foco na população penitenciária, a PNAISP amplia a abrangência de população privada de liberdade atendida, incluindo no seu universo de cobertura as PPL em regime fechado, aberto, semiaberto ou provisório, além daquelas fora de penitenciárias (Silva, 2015; Lermen et al., 2015).

A PNAISP e o contexto favorável de 2002 a 2016 para as políticas setoriais e de grupo em situação de vulnerabilidade permitiram outras portarias e resoluções que protegem direitos destas subpopulações. Lermen et al. (2015) destacam a Resolução nº 01, de 10 de fevereiro de 2014, que protege direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistência em saúde mental; e a Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), de 15 de abril de 2014, que dispõe sobre o acolhimento da população LGBT em privação de liberdade no Brasil e prevê, dentre outros aspectos, a atenção integral à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (Brasil, 2014).

A ampliação das equipes de saúde, ou seja, sua entrada no âmbito do cotidiano das prisões, entrelaça as políticas de saúde e segurança. Este fato é potencialmente gerador de conflito, no sentido de que as propostas e práticas cotidianas das equipes de saúde e segurança são distintas e predominam nas prisões o caráter punitivista em detrimento da lógica da Saúde Pública, cujas discussões se debruçaram na integralidade, humanização e cuidado nas últimas décadas (Lermen et al., 2015).

A estigmatização das pessoas privadas de liberdade enquanto sujeitos indignos de terem direitos preservados e juízos de valor que tipificam de pessoas em cidadãos de bem x criminosos são debates que parecem ter povoado a formulação da política e também estão no cotidiano dos trabalhadores em território prisional. Silva (2015) destacou que nos debates que culminaram no texto da PNAISP havia tese recorrente de que "não valia a pena investir em presos". Esses "dilemas" fazem parte do cotidiano dos trabalhadores de saúde em compartilhamento das ações com as equipes de segurança como descreve Jesus et al. (2013).

Tais dilemas trazem uma falsa dicotomia entre o trabalho saúde x segurança e podem ser barreiras para o desempenho das equipes de saúde em território prisional (Santos et al., 2022). Barreiras de acesso, assim como a limitação de ações, podem existir por questões de segurança, mas o equilíbrio entre a visão dos profissionais de segurança e os profissionais de saúde sobre um mesmo tema pode divergir entre risco, periculosidade e cuidado. Silva et al. (2015) expõe que durante a formulação da

PNAISP, o argumento da periculosidade era frequente, podendo ser interpretado como se a oferta de saúde pudesse fragilizar a segurança dos estabelecimentos penais. Outras ideias recorrentes nos debates de formulação da política cabem destaque, pois também parecem ter ecos nas tensões cotidianas entre as equipes de segurança e de saúde, no que autor descreveu como narrativas em disputa:

- a) Negação do direito à saúde como agravamento da pena;
- b) diferenciação entre cidadãos de bem x PPL, junto à ideia de que "não vale a pena investir em presos";
- c) "periculosidade" - oferta de saúde como fragilização dos esquemas de segurança;
- d) "reintegração social"- ideia de que a garantia do direito e a promoção da saúde fazem parte da estratégia de restabelecer relações entre a pessoa presa e a sociedade, rompendo-se com histórico de marginalização.

### 3.1 Conferências de saúde e saúde prisional

Uma análise que pode ser feita a partir das disputas e tensões dos debates políticos é o quanto a saúde prisional aparece nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), instâncias participativas do SUS que ocorrem a cada 4 anos. As propostas são resultados das discussões de conferências livres, além das etapas distritais, municipais e estaduais, até chegar na etapa final, a nacional.

Ao escrever este trabalho, identifiquei que a portaria da PNAISP cita em seu texto as conferências 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup>, assim, revisei o que dizem suas propostas, recomendações e moções. Foi oportuno seguir esta análise também para as versões de relatório final da 15<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup> e 17<sup>a</sup> conferências.

Pode-se traçar uma linha do tempo iniciada a partir de 2003, cujo documento da 12<sup>a</sup> CNS é citado como uma base para o Plano PNSSP (Lermen et al., 2015). Em 2008, na 13<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, não há menção à saúde prisional no relatório final. Em 2011, na 14<sup>a</sup> conferência, há um trecho que aborda a saúde nas prisões, manifesta na inclusão da carta de recomendações da 6<sup>a</sup> Conferência Estadual do RJ, que relaciona uma série de sugestões importantes para a reformulação do Plano de 2003. É um documento com recomendações detalhadas e extensas que sugere

articulação para sua aprovação. Nesta carta também surge o tema da demanda da saúde da mulher privada de liberdade, no que tange os cuidados pré-natal e berçário. Esta conferência antecede a criação da PNAISP e da PNAME. Em 2016, na 15ª Conferência não há menção à saúde prisional. Em 2019, na 16ª Conferência, há uma proposta voltada para assistência farmacêutica de insumos especializados, discutindo acesso a medicamentos para privados de liberdade. Ocorre também discussão sobre a relação entre a reforma antimanicomial e a necessidade de se trazer para o debate das prisões a política de saúde mental, que culmina no fechamento dos serviços de antigos "manicômios judiciários". Uma proposta que também cabe destaque das discussões de 2019 é o reforço da ideia de que o modelo de equipe vigente para a Estratégia de Saúde da Família deve servir a vários territórios, incluindo as prisões, o que é divergente da PNAISP. Já neste ano, não havia previsão de equipes de Estratégia de Saúde da Família para as prisões, pois as equipes previstas na PNAISP têm diferenças na composição. Cogita-se esta proposta visando fortalecer um certo ideal de Atenção Primária à Saúde, com agentes comunitários, território definido e equipe multiprofissional. A tensão sobre a ESF ser o modelo de equipe para atenção primária prisional aconteceu também no Grupo de Trabalho Interministerial, que foi substrato para a PNAISP (Silva, 2015).

Em 2023, as conferências livres serviram de base para o debate da 17ª CNS. Cabe destacar a realização da I Conferência de Saúde Prisional do Distrito Federal e a I Conferência Livre Nacional APS do Futuro, que teve em seus eixos o tema "Promoção da equidade: a APS na atenção a populações invisibilizadas", em que uma das falas foi sobre saúde prisional. Na 17ª CNS o tema da saúde nas prisões e populações em situações de vulnerabilidade o sistema prisional aparece em duas propostas, reforçando a implementação e universalização da PNAISP, destacando sua inter-relação com a defesa do combate ao racismo; da defesa de povos indígenas e pessoas em situação de rua; destacando também a importância do tratamento integrado aos demais serviços de saúde do SUS para pessoas com tuberculose e HIV. Interessante notar que não há uma proposta pedindo reformulação ou adequação da política e, se porventura, esse debate aconteceu no campo da oralidade, não esteve presente nas propostas que tiveram força política para serem aprovadas no relatório final.

Sobre a adesão ao Plano, pode-se dizer que foi bem sucedido em se expandir em 26 das 27 Unidades Federativas. A previsão era que os Estados fizessem sua adesão, apresentando ao seu Conselho Estadual de Saúde um Plano Operativo Estadual para que fosse aprovado ou não o incentivo financeiro para implantação das EPENs.

Estas também deveriam ser credenciadas no CNES e estar dentro do formato de equipe, composta por 7 especialistas. Até 2013, antes do término da vigência do PNSSP, apenas o Estado do Piauí não havia feito sua adesão (SILVA, 2015).

Este capítulo apresentou uma análise das políticas de saúde voltadas para as pessoas privadas de liberdade no Brasil, com foco na evolução normativa e legal desde a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984 até a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) de 2014. O princípio da equivalência e integração é central nas discussões sobre a saúde prisional, assegurando que as pessoas encarceradas tenham acesso aos mesmos padrões de saúde oferecidos à população em geral. A implementação dessas políticas, embora progressiva, enfrentou desafios como a tensão entre as equipes de saúde e segurança e a subcobertura das equipes de saúde prisional em relação à população privada de liberdade. Este capítulo também destacou a importância da integração desses serviços ao SUS e o papel das conferências nacionais de saúde na formulação e evolução dessas políticas. No próximo capítulo, a discussão se voltará para a Atenção Primária à Saúde (APS), explorando como essa abordagem é fundamental na estruturação dos cuidados de saúde dentro e fora dos muros das prisões

#### 4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde tem sua origem frequentemente descrita no Relatório Dawson, documento elaborado em 1920 pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, embora tenha sido utilizado anos depois, em 1948, para embasar decisões durante a criação do NHS (National Health System), o sistema nacional de saúde britânico, referência e inspiração importante para o SUS. Trata-se de um dos primeiros materiais a documentar o conceito de APS numa perspectiva sistêmica regionalizada, hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e com base geográfica definida (Lavras, 2011). Tal referência se mantém importante para orientar a organização dos Sistemas de Saúde no mundo, para pensar as redes de atenção à Saúde e para apontar a possibilidade de serviços comunitários, como o centro da coordenação do cuidado..

Embora o Relatório Dawson seja frequentemente citado como o documento mais antigo de APS, pouco se discute no âmbito acadêmico a influência do modelo soviético Semashko (Gondim, 2010; Giovanella et al., 2012) responsável pela implantação, em 1920, de um sistema universal de saúde na URSS, inteiramente estatal, gratuito, composto por trabalhadores da saúde assalariados, com base em centro comunitários de saúde, acompanhados por uma equipe em geral composta por médicos (estações médicas), de base populacional definida (Sheiman et al., 2018).

A Declaração de Alma-Ata, cidade onde se realizou, em 1978, a "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários", também é um documento histórico e traz uma conhecida definição de APS. O documento descreve:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

A APS é elemento central na organização de sistemas de saúde, com respostas

reconhecidas de impacto na saúde das populações e pode ser definida como “o fornecimento de serviços de saúde integrados e acessíveis por médicos responsáveis por atender a grande maioria das necessidades pessoais de saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com os pacientes e praticado no contexto da família e da comunidade” (Starfield, 2002; Starfield et al., 2005). Em seus estudos, Starfield (2002; 2005) destaca características comuns aos serviços de APS, dividindo-os em funções (resolutividade, coordenação e responsabilização) e atributos, sendo estes subdivididos em essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural).

#### Funções:

1. Resolutividade - serviços devem ser resolutivos para atender aproximadamente 90% da demanda da APS;
2. coordenação - exercício, pela APS, de centro de comunicação da rede, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e os contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes destas redes;
3. responsabilização - conhecimento e relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita.

Fonte: Mendes (2002; 2012)

#### Atributos essenciais:

1. Primeiro contato - acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio para os quais se procura atenção à saúde;
2. longitudinalidade - constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;
3. coordenação do cuidado - capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento;

4. integralidade - prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

Atributos Derivados:

1. Orientação familiar
2. Orientação comunitária
3. Competência cultural

Fonte: Starfield (2002); Mendes (2012)

As ações de atenção à saúde em uma dada sociedade e o modo como são organizadas, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais, são chamados modelos assistenciais ou modelos tecnoassistenciais. Significa que esta sociedade organiza e articula seus diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (Silva Junior, 1998).

Starfield (2005) demonstra sólida evidência dos benefícios dos sistemas de saúde baseados para a atenção primária. Os resultados são maior eficácia, maior eficiência e maior equidade, desde que haja uma política de saúde que valorize, distribua e aloque adequadamente recursos neste setor, além de ofertar os serviços na devida abrangência e acessíveis para a população, preferencialmente gratuitos ou com baixo copagamento. Esses achados são válidos tanto para países desenvolvidos quanto em desenvolvimento.

Apesar de resultados entusiasmantes para a saúde das populações, que serão mais abordados adiante, existe uma confusão na definição no que tange o uso do termo primário que pode denotar 'simples' ou 'primitivo', 'ponto de primeiro contato', 'ponto de triagem', 'ponto principal de atenção à saúde' (Mendes, 2012). Essa questão conceitual tem correlação prática: seja na experiência nacional ou internacional, há problemas globais na valorização e investimentos em APS, sendo corrente ao longo da história sua decodificação para “programas” para regiões e populações pobres,

constituídos por tecnologias simples e baratas, baixa valorização concreta e simbólica, a desvalorização por apresentar baixa densidade tecnológica e a desconfiança nos resultados econômicos e sanitários (Mendes, 2012; Silva Junior, 1998).

No Brasil, o termo Atenção Primária à Saúde foi substituído por Atenção Básica à Saúde pelo Movimento Sanitário Brasileiro com o objetivo de desviar e se diferenciar do reducionismo presente na ideia de atenção primária. O objetivo era trazer uma concepção de cidadania ampliada e se distanciar de uma atenção primária que se propusesse a ofertar focalmente algumas ações de cuidado, tal como praticado em diversos países da América Latina durante a década de 1990 (Giovanella, 2018).

Esta concepção para a APS como um programa governamental de "pobre para pobre" se apoia nos resultados conhecidos de melhor desempenho econômico dos sistemas de saúde baseados em APS. Esse interesse econômico na oferta de serviços de cuidados primários busca com frequência o desfecho "contenção e redução de gastos".

Enquanto a Conferência de Alma-Ata, ocorrida na década de 1970, estava num contexto de uma nova ordem econômica internacional que visava reduzir as disparidades entre os países chamados de centrais e do terceiro mundo, houve um ambiente favorável para que a ideia de uma APS integral e universal fosse um caminho para o desenvolvimento econômico e social (Giovanella, 2018).

Agências internacionais, tais como Banco Mundial, UNICEF, Fundação Rockefeller, Agência de Desenvolvimento Internacional dos EUA, Fundação Ford e o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional do Canadá, participaram de uma reunião em 1979, em Bellagio, na Itália, para discutir os custos de abrangência discutidas em Alma-Ata (Mello et al., 2009). Daí surgem as propostas para uma APS Seletiva, que se propunha a pré-determinar um conjunto de patologias e condições a serem enfrentadas em que houvesse maior impacto na saúde, baseado na lógica de custo-eficácia. Essa APS não foi uma resposta para os desafios de países desenvolvidos, mas orientações para organizações da APS em países periféricos, sem preocupação com a participação comunitária e os determinantes sociais em seus respectivos territórios (Mello et al., 2009).

Uma das propostas que fizeram parte desta cesta básica de ações em saúde para países periféricos foi a estratégia GOBI (Growth monitoring of young children, Oral rehydration therapy, promotion of Breast feeding and Immunization), apoiada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Fundação Rockefeller e que fizeram parte de uma atenção primária seletiva e focalizada voltada à saúde infantil

(Giovanella et al., 2020; Mello et al., 2009).

As décadas de 1980 e 1990 representaram um contexto de avanço neoliberal na América Latina, caracterizado pela influência de organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), com propostas de redução do papel do Estado na economia e nas políticas sociais. Neste sentido, houve apoio para intervenções selecionadas em grupos mais vulnerabilizados, como a estratégia GOBI, contrariando a ideia de universalidade proposta pela Carta de Alma-Ata (Giovanella et al., 2020).

O ideário neoliberal teve uma influência muito importante nos países latino-americanos, resultando na abertura da economia, privatizações, desnacionalização de empresas, desindustrialização e flexibilização de trabalho, cenário internacional extremamente avesso a políticas sociais, embora a promulgação da Constituição de 1988 tenha representado um caminho de fortalecimento destas políticas, ou seja, o oposto defendido pelo neoliberalismo (Rodrigues, 2014; 2017). É nesse contexto que o SUS é criado, além de outras políticas universais baseadas nos direitos sociais na assistência social, educação, saúde e previdência (Rodrigues, 2014). Isto posto, afirma-se que as políticas focais para a APS estiveram inseridas neste cenário nacional e internacional avesso a políticas sociais abrangentes e universalizantes. Na América Latina dos anos 2000, há uma reafirmação dos princípios de Alma-Ata, ilustrado no documento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pressionada pelos governos locais a rediscutir a estratégia da APS na região, enfatizando inclusão social, equidade e integralidade (Giovanella et al., 2020).

Enquanto o período neoliberal promoveu fragmentação dos sistemas de saúde, desigualdades de cobertura e acesso a saúde, o período que compreende as décadas de 2000 e 2010 foram importantes para avanços em relação ao discurso de fortalecimento da APS, inseridos numa conjuntura regional favorável para retomar a expansão da proteção social em direção a universalidade, embora segundo Levcovitz e Couto (2019, p. 107), “essas sociedades tenham obtido melhores resultados em formular legislações e normas que em impulsionar as profundas transformações indispensáveis em seus sistemas de saúde para assegurar tais direitos”.

Essa tendência e inclinação social estão relacionadas a chamada Maré Rosa, período de vitória, na maioria dos países da América do Sul e América Central, dos governos de esquerda e centro-esquerda, cuja característica política foi:

pelo aumento do gasto público social e pela redução da vulnerabilidade da dívida externa, que levaram, em conjunto com amplas políticas sociais, à redução da pobreza extrema, retirando mais de setenta milhões de pessoas da miséria absoluta; à diminuição das desigualdades históricas (Levcovitz; Couto, 2019, p. 110).

Em 2008, dois documentos internacionais publicados são relevantes para o debate: "Renovação da Atenção Primária à Saúde: documento de posicionamento da Organização Pan- Americana em Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)"; e "Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca", publicado pela OMS, cujo conteúdo reafirma o papel central da APS como política prioritária para o melhor funcionamento dos sistemas de saúde. No caso da América Latina, influenciada pela revisão e por críticas a intervenções do período neoliberal de políticas focalizantes e seletivas (Giovanella, 2019). O auge desse período de ampliação de proteção social é impactado com o fim da Maré Rosa, que passa a declinar nas décadas de 2010 e 2020, com mudanças importantes nos desafios dos sistemas de saúde, especialmente para a APS com a emergência da COVID-19 (Giovanella et al., 2020; Facchini, 2020; Nedel, 2020).

A Conferência de Astana (2018) foi pensada em vistas à comemoração dos 40 anos da Conferência de Alma-Ata. Diferente do ambiente internacional de 1970 para o evento, o contexto em 2018 era de políticas de austeridade, crise migratória e ameaças à democracia (Giovanella, 2019). A discussão em Astana foi impulsionada pela discussão dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável<sup>12</sup>, pressionada por diversos países, influenciada pelo Banco Mundial e Fundação Rockefeller, resultando na aprovação de diretrizes em apoio a reformas de redução da intervenção estatal, além de subsídios à seletividade e focalização das políticas de saúde. Nestas propostas, há apoio para uma cobertura de serviços de saúde, incluindo a APS, que são voltados para diferentes estratos sociais, oferecendo diferentes possibilidades de contratação de cestas de cuidados. Assim, essa "cobertura universal" proposta amplia a possibilidade de pagamento dos serviços pelos usuários, que podem contratar pacotes de acordo com a sua renda. Ou seja, contradizem o melhor uso da atenção primária em seus resultados e desempenho, além de seu efeito como prática e política social.

Tal contextualização é importante para demonstrar que as tensões dos tipos de

---

<sup>12</sup> Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são metas propostas pela ONU, em conjunto com países membros e organizações da sociedade civil, abordando 17 objetivos para o desenvolvimento global a serem alcançados até 2030.

sistemas de saúde e atenção primária à saúde estão em disputa e são frequentemente influenciadas pela conjuntura político-social-econômica internacional e nacional, além das influências de agências e organismos internacionais.

Nos sistemas de saúde a APS tem também uma função integrativa, especialmente nos planos funcional, organizacional e educacional (Mendes, 2009; Saltman; Figueras, 1997). Como funcional entende-se deslocar a compreensão do paciente doente e da pessoa com doença para as necessidades de sujeitos, famílias e comunidade. No plano organizacional a APS tem um papel chave na articulação intersetorial, especialmente na assistência social, e coordena o cuidado, atuando em equipes multiprofissionais. Por educacional, a aposta na educação em saúde é importante para modificação de comportamentos das pessoas e aprimoramento dos trabalhadores pela educação voltada para o trabalho, ou educação permanente.

Ainda que a experiência de APS no Brasil com PSF e ESF tenha sido exitosa em diversos indicadores, pode-se dizer que o perfil de saúde das populações e da brasileira requer respostas cada vez mais assertivas. Do ponto de vista epidemiológico, pode-se dizer que há persistência de doenças infecciosas e carenciais, com ressurgimento de doenças antes ditas superadas; as reemergentes como dengue, febre amarela e, mais recentemente, a COVID-19. Há também o impacto das desigualdades sociais na saúde, problemas alimentares e carenciais; doenças infecciosas, elevado impacto das causas externas e o desafio das doenças crônicas.

Os sistemas de saúde precisam buscar as respostas para as necessidades de saúde postas em cada momento histórico. Um conjunto de ações e serviços são ofertados de forma integrada, seguindo uma lógica de organização, formando redes de atenção à saúde. Uma das concepções tradicionais destas redes é a forma de organização e hierarquização desses serviços de saúde em forma de pirâmide de complexidade crescente em direção ao topo. Esse triângulo pressupõe que a população flui de forma organizada entre os vários níveis a partir de normas de referência, transitando da pirâmide da base para o topo; e em contrarreferência, do topo da pirâmide para a base (Silva Junior, 1998).

A base inclui os níveis primário de atenção; e o topo, os níveis hospitalares. Neste modelo, obrigatoriamente o trânsito das pessoas no sistema segue esta lógica mais rígida. Segundo Silva Junior (1998), esta organização não leva em conta as necessidades e os fluxos reais de usuários na busca de alternativas de assistência. É como se as pessoas seguissem itinerários prescritos, normatizados e burocráticos,

quando no cotidiano as movimentações e itinerários das pessoas são mais dinâmicos e menos formalmente passíveis de controle. Neste caso, se os serviços não entendem essa dinamicidade e funcionam com estruturas rígidas e desarticuladas, dificilmente os problemas de saúde serão manejados. Conseqüentemente, o sistema transbordará e a população pressionará por entrar por todas as portas.

Outra questão importante é a retaguarda necessária para que a APS tenha condições de enfrentar múltiplas situações e agravos. Para garantir a resolutividade prevista, como abordado acima, há que se ter uma pujante rede de atenção à saúde, articulada, organizada e integrada (Mendes, 2012; CONASS, 2015). Sem retaguarda há uma tendência dos serviços a sobrecarga e ao bloqueio de acesso.

Essa retaguarda inclui serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), apoio nas áreas de reabilitação, articulação com outros setores, interface com outros serviços de saúde mental e promotores de saúde mental, dentre outros. Segundo Silva Junior (1998), sem esta retaguarda os serviços perdem resolutividade, ficam desmoralizados perante a população, que opta por buscar outras portas de entrada em ambulatórios, hospitais e serviços de urgência, sem a garantia da continuidade do cuidado e com duplicidade de ofertas de cuidado sem a devida qualidade.

As Redes de Atenção à Saúde buscam contribuir para a superação desta incoerência entre a situação de saúde vigente, baseada na chamada tripla carga de doença com predomínio de condições crônicas e a resposta do sistema de saúde, fragmentado, episódico, reativo e voltado para condições e eventos agudos (CONASS, 2015). Segundo Mendes (2012, p. 84):

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população.

A APS como coordenadora do cuidado nessas redes visa utilizar de forma mais adequada a articulação de recursos a fim de satisfazer as necessidades, as demandas e as representações da população.

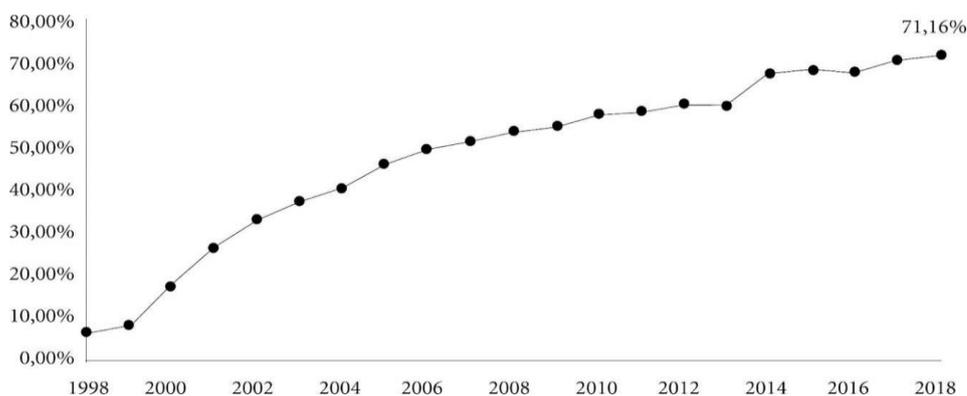
A Portaria GM/ MS n. 4.279/2010 estabelece que as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir

a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Desafios para a APS brasileira, tais como adequado financiamento; integração plena com uma rede de apoio diagnóstico e terapêutico e atenção especializada; condições estruturais adequadas das UBS; e incorporação suficiente de recursos humanos qualificados (Fausto et al., 2018), são elementos para a obtenção de melhor desempenho dessas modalidades de serviços. A APS tem evidências robustas de melhora das condições de saúde em relação a modelos com especialistas, em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Estudos mostram resultados como a melhoria das Taxas de Mortalidade Infantil e as Taxas de Mortalidade Materna, redução das internações sensíveis à atenção ambulatorial, satisfação de usuários, redução de consultas especializadas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e qualificação no cuidado das condições crônicas, promoção da equidade, entre outros (Tasca et al., 2019; Starfiled et al., 2005; Mendes, 2011).

No que tange o desafio da abrangência, o Brasil contava com a cobertura Estratégia de Saúde da Família de 64,61% em 2019, sendo maior no Nordeste, com 80,11% (Pinto et al., 2019). Em 2020, a cobertura de ESF no Brasil foi menor, de 63,62%. Em 2020, a cobertura de ESF no DF é 54%, enquanto no Centro Oeste é de 65,29% (Brasil, 2021). O gráfico a seguir demonstra a evolução desta cobertura entre 1998 e 2018:

Gráfico 1 - Proporção de cobertura estimada de equipe de Saúde da Família por ano no Brasil, 1998-2018



Fonte: Tasca et al., 2019

A APS se desenvolveu no Brasil de forma consistente após 1994, com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), e foi redefinida pela Política Nacional de Atenção Básica 2006, oficialmente como Estratégia Saúde da Família (ESF) (Tasca et

al., 2019).

Os resultados da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir do Programa de Saúde da Família e, posteriormente, com a Estratégia de Saúde da Família, evidenciam que esta é uma estratégia consistente. Inicialmente, o PSF trouxe uma mudança de organização da APS, deslocando a centralidade em especialistas médicos específicos (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia) para um médico generalista como recurso de uma comunidade, consolidado no Brasil como a Medicina de Família e Comunidade, especialidade médica reconhecida desde 2002 pela Associação Médica Brasileira (AMB). Observou-se que maiores taxas de médicos de família por população estão associadas com melhores resultados sanitários em relação às populações mais pobres. A oferta de médicos de APS apresentou um maior impacto no baixo peso ao nascer e na mortalidade infantil em áreas de alta desigualdade social (Mendes, 2012).

O aumento da ESF demonstrou avanços na saúde brasileira, como a queda da mortalidade infantil sustentada, relacionada a ampliação de cobertura e com melhor desempenho nos municípios menos desenvolvidos (Corrêa et al., 2019; Mendes, 2012). Da mesma forma, observou-se menor risco de morte por acidentes vasculares cerebrais e infarto agudo do miocárdio em pacientes acompanhados por ESF comparados aos não acompanhados por ESF (Mendes, 2012). O aumento de ESF também promoveu mais diagnósticos de hipertensão e diabetes, contribuindo para a redução de morte por eventos cardiovasculares, como anteriormente citado (Corrêa et al., 2019). Tasca et al. (2019) identificaram 18 artigos de boa qualidade a respeito do impacto da ESF sobre a mortalidade infantil, sendo 92% destes com impacto significativo na redução desta. Os autores encontraram 12 estudos de boa qualidade e concluíram que a expansão da ESF no Brasil contribuiu para a diminuição de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Esses estudos identificaram até 52% de redução em localidades onde a ESF tem cobertura acima de 75%.

#### **4.1 Contexto da atenção primária à saúde: considerações sobre a reforma do SUS no DF**

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal apresentou baixa velocidade interna para se adaptar às mudanças dos modelos tecnoassistenciais

ocorridas nas décadas de 1990, 2000 e 2010. Acresce-se aos desafios para saúde pública em âmbito nacional tais como transição demográfica, nutricional, epidemiológica e no campo da inovação tecnológica (Tasca et al., 2019), além do enfrentamento de doenças infecciosas emergentes em nível global, como a COVID-19.

Em revisão de estudos que abordam as mudanças da APS no DF desde a implantação do PSF em 1994, autores apontam que de 1994 a 2005, o modelo tecnoassistencial era hospitalocêntrico, com uma APS de múltiplos arranjos organizacionais pouco coesos, composta por equipes centradas nas especialidades ginecologia-obstetrícia, clínica médica e pediatria, de cuidado fragmentados e de baixa cobertura assistencial (Corrêa et al., 2019; Nabuco et al., 2019; Fonseca, 2019). A rigidez para mudanças limitou reformas internas mais ágeis no que tange a cultura organizacional, arranjos organizativos, modelos assistenciais, modelos de financiamentos, sistemas de incentivo e liderança (Tasca et al., 2019).

A coexistência de modelos de organização das APS do DF no período anteriormente citado é descrita por tensões entre as ofertas de cuidados, com fragilidades das equipes para atuar em consonância com os atributos essenciais e derivados. A expansão de cobertura especificamente por equipes de PSF é gradual de 1994 a 2006, com um número elevado de equipes apenas composto por agentes comunitários em saúde (PACS) neste período. Também é gradual o aumento de equipes tipo ESF de 2006 a 2016. A tendência crescente, porém limitada, pode ser atribuída à tendência do cenário nacional; ao aumento da importância do tema para o campo político-eleitoral local; além de progressiva pressão interna institucional, ou seja, disputa interna no âmbito da gestão para ampliar o espaço e a valorização da APS. É ilustrativa desses avanços a inauguração de 30 Unidades Básicas de Saúde em 2005, relacionada à importância político-eleitoral do tema; a criação da Diretorias Regionais da APS (DIRAPS), em 2005; e a criação da Gerência de Saúde da Família, em 2011, exemplos de mudanças no âmbito da gestão e da estrutura organizacional (Nabuco et al., 2019).

Outro elemento ilustrativo que demonstra a desproporção no âmbito dos investimentos na APS foi o gasto de pagamentos de salários para equipes tradicionais, de 39 milhões, enquanto para profissionais vinculados a ESF o valor foi 21 milhões no ano de 2015 (Corrêa et al., 2019). Estudos mostram relatos de dificuldades de implantação da conversão dos ditos modelos tradicionais de APS para os modelos de PSF/ESF em outras localidades do Brasil, especialmente centros urbanos.

Esta reorganização do sistema de saúde do DF demandou, então, envolvimento do controle social, compromisso profissional e vontade política (Corrêa et al., 2019), assim como o aproveitamento de janelas de oportunidades políticas, que costumam ser comuns a estes processos de mudanças (Roleau et al., 2018).

Destaca-se a atuação de médicos de família e comunidade como atores relevantes no cenário. A especialidade, que tem evidências de contribuição para os sistemas de saúde no mundo (Kidd, 2013), foi se consolidando como uma aliada para o fortalecimento da APS. Destaca-se, ainda, que a Medicina de Família e Comunidade, embora tenha programas de residência médica desde 1970, só foi reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) como especialidade médica em 2002.

A atuação de médicos de família e comunidade em cargos de gestão é destacada por Nabuco et al. (2019) no projeto de informatização e implantação de prontuários eletrônicos em 2015, na participação da Associação Brasiliense de Medicina de Família e Comunidade na construção da Portaria SES-DF nº 77/2017 e, especialmente, na nomeação do médico de família e comunidade Humberto Lucena Pereira da Fonseca como Secretário do Estado de Saúde do DF, um marco temporal para os autores que analisam a Reforma da APS do DF (Nabuco et al., 2019; Corrêa et al., 2019). Ainda que haja uma tendência progressiva ao crescimento dos médicos de família e comunidade na ocupação de cargos estratégicos na gestão da APS, parece haver uma tendência neste período à incorporação de atores pró-ESF no âmbito da gestão, configurando cenário político favorável para mudanças aceleradas.

Essa Reforma do SUS-DF, ocorrida de 2016 a 2018, foi caracterizada no âmbito da saúde pública do DF com mudanças ocorridas na APS, rede hospitalar, na criação do Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), em 2017; em iniciativas na atenção secundária especializada; na experiência da planificação em saúde<sup>13</sup> em algumas regiões de saúde; na ampliação dos campos de formação na APS; na realização de concursos públicos; em mudanças na estrutura organizacional na Secretaria de Saúde; e no rearranjo das contas públicas na área da saúde (Fonseca et al., 2019; Evangelista, 2019; Corrêa et al., 2019).

---

<sup>13</sup> A Planificação é uma proposta iniciada em 2007 pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para desenvolvimento e aprimoramento de APS e de outros pontos da rede de atenção à saúde com propostas para o processo de trabalho na gestão e para equipes de saúde.

No caso da APS, têm destaque as portarias 77 e 78, de 2017, cujos principais apontamentos estão listados no quadro 2. Estes documentos são ilustrativos da decisão

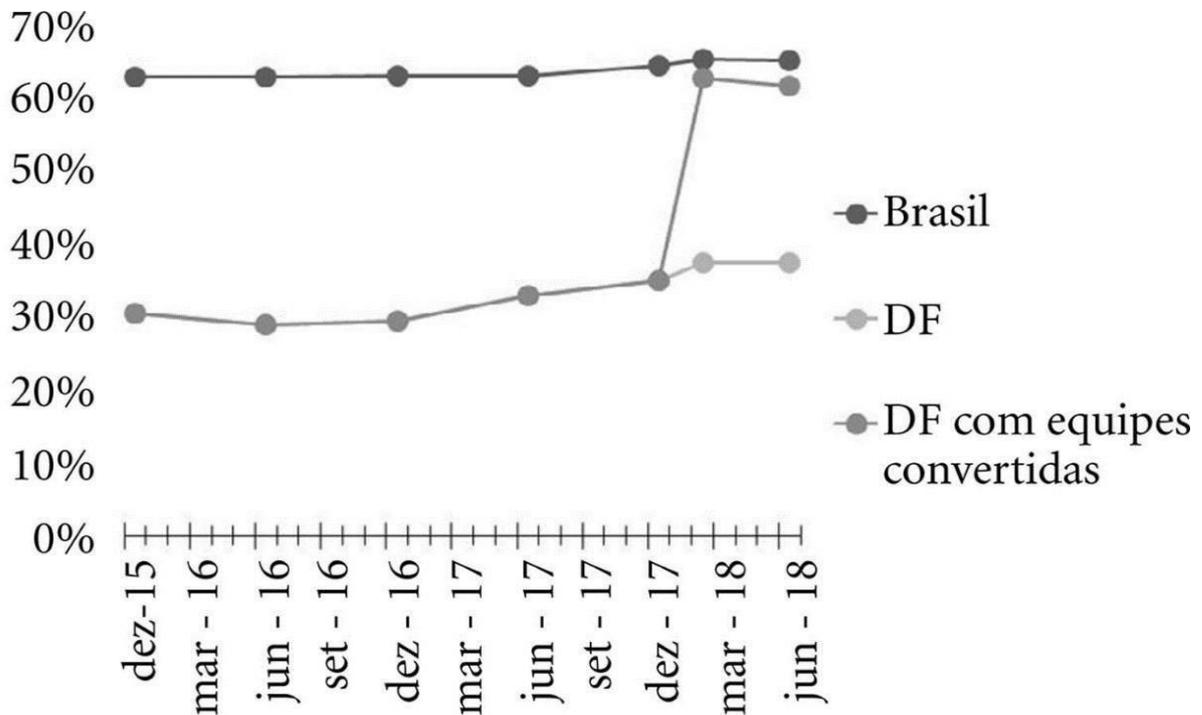
política de tentar resolver a problemáticas dos diferentes arranjos organizacionais da APS, visando transformar equipes de Atenção Básica (eAB) com diferentes composições e lotações de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem para comporem equipes de Saúde da Família, tornando a ESF o modelo base do DF, conforme já havia sido apontado pelas Políticas de Saúde nacionais vigentes para a Atenção Básica em 2006 e 2012. O quadro 2 mostra os aspectos mais relevantes destas portarias 77 e 78/2017:

Quadro 2 - Destaques das Portarias 77 e 78/2017

<b>Portaria n° 77/2017</b>
Delimitação das categorias profissionais e respectivas cargas horárias para composição de equipes na APS.
Acolhimento, em todas as UBS, de todos os usuários com indicação de atendimento imediato, independentemente de pertencerem ao território da UBS.
Encaminhamento responsável à UBS de referência para os pacientes de outros territórios, nas condições com possibilidade de atendimento programado.
Agenda organizada com marcação de horários para atendimento e reserva de 50% das vagas à demanda espontânea.
Horário expandido de funcionamento das UBS maiores com abertura também aos sábados pela manhã.
Vacinação e coleta de exames laboratoriais em todas as UBS.
<b>Portaria n° 78/2017</b>
Adesão dos profissionais aptos e composição de equipes de Transição para a ESF e TESH, com indicação de conversão para eSF ao final do processo.
Movimentação dos profissionais que não fizeram a adesão ou não cumpriam os requisitos para compor as eTESF para unidades de outros níveis de atenção.
Capacitação teórica e prática em ESF aos profissionais de nível superior das eTESF com matriciamento pelos profissionais das próprias equipes e UBS.
Avaliação de aproveitamento com desempenho mínimo obrigatório aos médicos que desejassem realizar mudança de especialidade.
Impedimento de lotação de novos profissionais na APS do DF quando não houver conformidade com a Portaria no 77/2017.

A migração do modelo tradicional para ESF, prevista pela portaria 77/2017, foi chamada de Converte ou ConverteAPS e foi uma das responsáveis pelo aumento considerável de cobertura de equipes em curto espaço de tempo, de 34,9% em junho de 2017 para 66,6% em julho/2018 (Fonseca, 2019). A expansão das equipes no Brasil e no DF entre 2015 e 2018 é mostrada no gráfico 2. Uma síntese dos principais pontos das portarias 77/2017 e 78/2018 estão no quadro 3.

Gráfico 2 - Evolução da cobertura por Saúde da Família no Brasil e no DF, com e sem as equipes convertidas



Fonte: Corrêa et al., 2019.

Quadro 3 - Fases e ações do processo de conversão do modelo de APS do DF em ESF

Fase	Ações
Preparatória	Análise da distribuição dos serviços e das demandas da população por atendimentos de responsabilidade da APS.
	Exame dos modelos de organização dos serviços de APS e alocação de pessoal em cada um deles.
	Análise dos incentivos salariais destinados ao fortalecimento da APS no DF.
Elaboração e Preparação	Discussão no Conselho de Saúde do DF - CSDF sobre a situação na APS do DF, com conseqüente proposição e publicação da Resolução CSDF no 465 de 04 de outubro de 2016 que dava o direcionamento da APS no DF à ESF.
	Elaboração e apresentação da proposta de conversão da APS em ESF junto a atores políticos estratégicos e alta gestão da SESDF.
Normatização e Divulgação	Elaboração e publicação da Portaria SES-DF no 77 de 14 de fevereiro de 2017 que estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do DF.
	Elaboração e publicação da Portaria SES-DF no 78 de 14 de fevereiro de 2017 que estabeleceu o regramento para a conversão do modelo tradicional em ESF.
	Realização de reuniões nas 7 Regiões de Saúde para apresentação da mudança, discussão com servidores e gestores locais.
Planejamento Territorializado	Aprovação dos planos de conversão das Regiões de Saúde a partir da adesão dos profissionais e composição das equipes de transição para estratégia de Saúde da Família (eTESF).
	Capacitação teórica e prática dos profissionais que compunham as eTESF.
	Mudança de especialidade de atuação na SESDF dos profissionais médicos aprovados ao final do processo de capacitação que a solicitaram.

Implantação	Nomeações de MFC aprovados em concurso para completar equipes.
	Implementação da especialidade em MFC como pré-requisito para novos concursos.
	Criação da carreira de Enfermeiro de Família e Comunidade - EFC.
	Realização de concurso público para MFC especialista e EFC.
	Reorganização das equipes de Saúde Bucal na APS.
	Regulamentação da estruturação e operacionalização das ações do Nasf-AB no DF.

Fonte: Corrêa et al., 2019.

Os concursos realizados no período foram também responsáveis pela possibilidade de composição destas equipes, além de consolidarem a carreira de MFC no âmbito do DF e por criarem em 2018 o cargo de Enfermeiro de Família e Comunidade. Houve, então, uma aposta na exigência de titulação para aprovação em concurso de MFC e na criação do cargo de Enfermeiro de Família e Comunidade como estratégia de fortalecimento da APS e qualificação das equipes, ambos descritos na portaria nº 74/2017 (Nabuco et al., 2019).

Uma fragilidade importante neste processo de Reforma é a inclusão dos Agentes Comunitários em Saúde, cuja expansão estava limitada por questões judiciais referentes à incorporação no serviço público e de profissionais anteriormente contratados por fundações privadas (Corrêa et al., 2019; Fonseca et al., 2019). No âmbito desta reforma, ficaram pendentes para um novo ciclo a continuidade das melhorias do desempenho da APS a partir de mais investimentos em infraestrutura e capacitação, monitoramento de indicadores, incorporação de novas tecnologias, apoio diagnóstico e consolidação de atenção especializada com a APS como ordenadora do cuidado (Fonseca, 2019).

Destaca-se também a judicialização como questão sensível e com impacto direto no gasto em saúde. Observa-se crescimento exponencial das ações judiciais no que tange o direito à saúde, sendo o DF alvo de 2.722 ações em 2017, ou 11 novas ações por dia útil neste ano, com custo de R\$ 29.276.530,52, conforme relatório elaborado pelo Fundo de Saúde do Distrito Federal. Este panorama também é expressivo no âmbito nacional e tem sido alvo de estudos e preocupações por parte dos gestores do SUS (Paixão, 2019).

Pinto et al. (2019) pesquisaram o indicador Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no período de 2009 a 2018 no DF. Muitos fatores são resultantes do desempenho da APS e a literatura não é concordante sobre a relação entre o aumento da cobertura e os efeitos provocados neste indicador, sabendo-

se que muitos fatores contribuem para esses achados. De acordo com o estudo, os resultados encontrados no período de expansão rápida das equipes ESF (2016-2018) é de modificação limitada dos indicadores. Nos resultados, houve uma redução da proporção das ICSAP para a faixa etária de 40-69 anos, podendo estar relacionada a uma melhora do controle de condições crônicas acompanhadas na APS, na melhoria do diagnóstico, na facilidade do acesso aos medicamentos e na coordenação de cuidado pelas equipes de Saúde da Família.

Segundo Pinto et al. (2019), outros estudos brasileiros encontraram resultados paradoxais na relação expansão da cobertura de ESF e redução dos ICSAP, eventualmente com alguma piora dos indicadores, considerando que muitos outros fatores podem influenciar estes parâmetros. Pode-se refletir sobre o caso da Reforma da APS do DF, a velocidade de expansão pode ter sido maior do que a ampliação da resolutividade das equipes e de organização do sistema de saúde, não gerando impacto imediato nos ICSAP como um todo.

São precisos novos estudos para compreender como as gestões subsequentes conduziram essas mudanças na APS, considerando a dinamicidade destes processos políticos e suas influências também no campo eleitoral nos cenários nacionais, estaduais, municipais e no próprio DF no ciclo político-eleitoral seguinte, de 2018-2022.

#### 4.1.1 Território, prisões e atenção primária prisional

Território é um conceito usado na Saúde Pública, com base e usos também na geografia, sociologia, política, planejamento, entre outros, assim como os termos *espaço* e *lugar*, com diferentes usos (De Miranda Gondim; Monken, 2018) e pode ser entendido como espaço onde a vida acontece, em que pessoas e grupos se organizam e se relacionam, possibilitando a compreensão de condições de vida de populações. É instância mediadora de relações de produção e reprodução social, de relações materiais e simbólicas em constante construção/reconstrução.

Na APS, o uso de território também é praticado como definição de área de abrangência, compondo limites e fronteiras político-administrativas, constituindo espaço delimitado, produzido pela sociedade e apropriado por população específica. É constituído de múltiplos objetos geográficos (naturais e construídos - fixos), atores sociais/pessoas (indivíduos e grupos); instituições, relações (fluxos) e poderes diversos

(De Miranda Gondim; Monken, 2018).

Assim, o termo território prisional é cunhado neste trabalho para entender cartograficamente as complexidades das prisões e os modos de vida dos sujeitos que ali residem compulsoriamente, além dos atores, dos fixos e fluxos de um espaço composto por relações bem definidas de poder. Entender de que forma o "modo sobrevivência", que o cotidiano impõe às pessoas privadas de liberdade, coexiste com tensões locais entre a necessidade de ajustamento e subjugamento e o desejo de transgredir e preservar a autodignidade.

A relação entre Promoção à Saúde e prisões é tema para debate, considerando o conflito entre uma proposta e uma instituição opressora, sendo este diálogo com frequência interpretado como um oxímoro. A Política Nacional de Promoção à Saúde (Brasil, 2006b p. 12) entende como conceito:

a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Assim, é controversa a utopia de que é possível em sua plenitude a promoção à saúde em territórios prisionais, assim como a própria dimensão do que se entende por saúde, necessidade em saúde e dignidade das pessoas privadas de liberdade. Não se propõe ceticismo em relação a qualquer ação de saúde nas prisões, o que não seria compatível com a produção acadêmica e cotidiano das equipes. Ao contrário, parte-se de um diagnóstico de que as condições são adversas, o que demanda uma resposta na mesma intensidade, uma resposta que não se enquadra em ações pontuais, focalizadas em ações curativas passivas, episódicas e reativas. Trata-se de apontar possíveis dilemas na atuação nas prisões para organizar de forma realista subsistemas de saúde eficientes que cumpram sua missão social e humanitária.

O que se diz pelas condições de saúde, entende-se como determinantes sociais em saúde. As desigualdades de poder, bens materiais e simbólicos, assim como acesso a saúde, educação, comida, trabalho, justiça e cultura produzem uma série de limitações de obtenção de dignidade e reintegração à sociedade com perspectivas de mudanças e ressignificações dos modos de vida, adotando perspectivas de paz e não-violência. Em geral as restrições de direitos são consequências da insuficiência de políticas sociais, estruturas econômicas injustas e política de baixa qualidade (OMS, 2010).

Somam-se a estes determinantes, as questões climáticas e ambientais,

necessárias em qualquer território. Uma revisão do impacto das mudanças climáticas demonstrou agravamento de diversas doenças e condições, relacionadas a origens em vetores, no ar, na água, no contato direto, nos alimentos e a outras não especificadas. Dentre os agravos estão doenças respiratórias, como asma, alergias; aumento de dengue, Chikungunya, malária, febre do Nilo; cólera, febre tifoide; desnutrição; transtornos e sofrimentos mentais (Mora et al., 2022).

A oferta de saúde e o enfrentamento de determinantes em saúde em prisões é um desafio complexo com vistas a garantias mínimas de acesso a direitos básicos, serviços e políticas efetivas, garantia da dignidade e equidade, dentre outros. O princípio de equivalência prevê que a oferta de serviços de saúde para as PPL, por exemplo, seja compatível com a mesma para pessoas em liberdade. Apesar da aparente simplicidade, é um tema frequentemente polêmico, dada a tendência no senso comum de que "não vale a pena investir em presos" (Silva, 2015, p.). As noções de justiça presentes na sociedade podem se confundir com vingança e gerar assimetrias no cumprimento das penas previstas e legitimar torturas e violências institucionais.

Considerando-se as fragilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) em prover acesso com qualidade para suprir as necessidades dos usuários em seus itinerários, o subsistema "Saúde Prisional" e "Saúde para Pessoas Privadas de Liberdade" demanda uma Política de Saúde específica, atualmente a PNAISP, com elementos que atendam às especificidades destes territórios e populações, mantendo coerência com os debates e políticas da Saúde Pública brasileira.

No caso das portas de entrada do SUS para qualquer usuário, é a Atenção Primária à Saúde a modalidade de serviços que permite, conforme seus atributos, acesso, primeiro contato, longitudinalidade (continuidade) e integralidade (Starfield, 2002).

Considerando o art. 2º da Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a atenção básica envolve

promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária.

É então a Atenção Primária à Saúde a porta de entrada prioritária no sistema. Sendo assim, a estruturação dos serviços de saúde para pessoas privadas de liberdade,

garantido pela PNAISP, parte do acúmulo e debate com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A análise das políticas de saúde para Atenção Básica (ou APS) e para Saúde Prisional feitas nesta pesquisa mostram que há paralelos entre as conformações da equipe de saúde prisional desde o PNSSP (2003) e a PNAISP (2014) e as políticas para APS, como as PNAB de 2006, 2012 e 2017.

O resgate das discussões da ESF para o SUS é importante para a saúde das PPL no sentido em que as equipes de saúde prisionais lotadas em Unidades Básicas de Saúde Prisionais são um ponto de atenção do SUS. A integração da saúde, especialmente penitenciária, aos sistemas de saúde é um tema na Saúde Global, como discutido na Declaração de Moscou da ONU (2003).

A garantia da resolutividade da APS depende de diversos fatores, sendo um destaque a integração deste nível de atenção com demais pontos da rede de atenção. Por isso, destaca-se a política para as Redes de Atenção à Saúde (RAS) publicada em 2011, para que sejam regulamentadas e aprimoradas as estratégias para funcionamento do SUS de forma plena.

A PNAISP (2014) entende, como dito anteriormente, a Saúde das PPL como ponto de atenção do SUS. Logo, as UBSP e as ESP precisam regular seus usuários para outros níveis de atenção, ter acesso a CAPS, Policlínica, ambulatórios, hospitais, dentro das pactuações intersetoriais com os setores da Segurança Pública, secretarias, polícias penais, Varas de Execução Penais (VEP), dentro outros atores. Os médicos destas unidades, por exemplo, precisam ter fluxos de encaminhamento, como a utilização dos mesmos Sistemas de Regulação de vagas oferecidos para pessoas em liberdade.

Compreender o conceito de "território" no contexto da Saúde Pública significa destacar sua importância na compreensão das condições de vida das populações, particularmente em áreas prisionais. O "território prisional" é definido como um espaço complexo onde as pessoas privadas de liberdade convivem com tensões entre a necessidade de ajustamento e a preservação da dignidade. Nesse sentido, ainda cabe discutir os desafios da promoção à saúde em prisões, considerando as condições adversas de vida e os determinantes sociais que influenciam a saúde. O espaço institucional da prisão precisa ser entendido como um território adscrito repleto de peculiaridades a serem reveladas.

#### 4.1.2 Características da Atenção Primária Prisional no DF

Em 2022 a população prisional no DF era de 16.219 pessoas, sendo a população do Complexo Penitenciário da Papuda 12.945 pessoas, correspondendo a 79,8% do total da unidade federativa (SEAPE-DF, 2022). Em 2024 o número de pessoas privadas de liberdade aumentou para 17.275, divididas da seguinte forma, por unidade prisional, como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 3 - População privada de liberdade do DF por estabelecimento penal



Fonte: SEAPE (2024).

As ações de saúde para pessoas privadas de liberdade no DF são ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde Prisionais (UBSP) localizadas no interior dos estabelecimentos penais e por equipes multidisciplinares de atenção primária prisional, dimensionadas para o tamanho e o perfil epidemiológico da população privada de liberdade atendida. Do ponto de vista gerencial, as UBSP estão divididas em três regionais de saúde do DF: leste, centro-sul e sul, conforme mostra a tabela abaixo, que lista as UBSP por presídio e regional. As unidades, a localização nos estabelecimentos penais, a região administrativa e a região saúde a que pertencem estão resumidas no quadro a seguir:

Quadro 4 - Unidades Básicas de Saúde Prisionais do Distrito Federal por Estabelecimento Penal, Região Administrativa e Região de Saúde

<b>Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSP)</b>	<b>Estabelecimento Penal</b>	<b>Região Administrativa</b>	<b>Região de Saúde</b>
UBSP 15 Gama	Penitenciária Feminina do DF (PFDF)	Gama	Sul
UBSP 16 Gama	Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP)		

UBSP PFBRA(*)	Penitenciária Federal em Brasília (PFBRA)	São Sebastião	Leste (SRSLE)
UBSP 16 São Sebastião	Penitenciária do Distrito Federal I (PDF I)		
UBSP 17 São Sebastião	Penitenciária do Distrito Federal II (PDF II)		
UBSP 14 São Sebastião	Centro de Detenção Provisória I (CDPI)		
UBSP 20 São Sebastião	Centro de Detenção Provisória II (CDP II)		
UBSP 15 São Sebastião	Centro de Internação e Reeducação (CIR)		
UBSP 01 SIA	Centro de Progressão Penitenciária (CPP)	SIA	Centro-Sul (SRSCS)
UBSP 01	Divisão de Controle e Custódia de Presos (DCCP)	Asa Sul/SPO	

Fonte: SES-DF, 2024.

A oferta das ações e serviços de saúde com especialidades está prevista e pactuada nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do DF (redes de atenção especializada, hospitalar, urgência e redes temáticas), em que o seu acesso é organizado pelo atual Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) para os serviços de saúde próprios, contratados ou conveniados, possibilitando, por exemplo, a marcação de consultas ambulatoriais e exames de complexidade. A locomoção dos pacientes é responsabilidade da Polícia Penal do DF.

No caso da relação da APP com os serviços extramuro, a atenção hospitalar para PPL conta com leitos exclusivos e é regulamentada pela Portaria Conjunta nº 03, de 03 de abril de 2014, que estabelece as alas de segurança para atendimento aos pacientes do Sistema Penitenciário e da DCCP no Instituto Hospital de Base dos Distrito Federal - IHBDF, no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no Hospital Regional Leste (HRL) e no Hospital Regional do Gama (HRG) (SES-DF, 2024).

Do ponto de vista administrativo, as unidades de cada regional contam com uma gerência local, chamada de GSAPP - Gerência de Saúde de Atenção Primária

Prisional, responsável por um conjunto de UBSP. As GSAPP estão submetidas a uma gerência em nível central, chamada GESSP - Gerência de Saúde Prisional, vinculada a estrutura da SES-DF. A parte da administração dos estabelecimentos penais é responsabilidade da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAPE-DF). Em seu organograma há também uma Gerência de Saúde, chamada GSAU, responsável pela articulação entre os assuntos da saúde que competem às forças de segurança e suas pactuações e a ponte com a SES-DF. A GSAU mantém contato com as GEAIT - Gerências de Atendimento ao Interno, nível gerencial local nos presídios composto por policiais penais, responsáveis pelas questões de saúde, educação, assistência social e religiosa/espiritual.

A gestão de saúde prisional está resumida no quadro abaixo:

Quadro 5 - Gestão da Saúde Prisional no DF

<b>Órgão</b>	<b>Gestor Distrital</b>	<b>Atenção de Referência</b>	<b>Gestor Regional/Local</b>	<b>Gestor Setorial</b>
Secretaria de Saúde do DF (SES/DF)	Gerência de Saúde do Sistema Prisional (GESSP)	Referência somente para Atenção Básica	Superintendência Regional de Saúde (SRS) Leste, Centro-sul e Sul	Gerência de Serviços da Atenção Primária da Prisional (GSAPP)
Secretaria de Administração Penitenciária (SEAPE/DF)	Gerência de Saúde (GSAU)	Referência para os três níveis de atenção à saúde	Direção das Unidades Prisionais	Gerência de Assistência ao Interno (GEAIT) / Núcleo de Saúde (NUS)
Secretaria de Segurança Pública (SSP/DF)	Gestão da Custódia pela Polícia Civil (PCDF)	Referência para os três níveis de atenção à saúde	Direção da Divisão de Controle e Custódia de Presos (DCCP) Direção do NCPM	—
Ministério da Justiça (MJ)	Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN)	Referência para os três níveis de atenção à saúde	Direção da Unidade Penitenciária Federal de Brasília (PFBRA)	Serviço de Saúde (SESAU)

Fonte: (SES-DF, 2024).

As decisões e planejamento de ações passam pelo Grupo Condutor da PNAISP, que prevê em seu Art. 19. a instituição do Grupo Condutor, formado pela Secretaria

de Saúde; Secretaria de Administração Prisional ou congênere; pelo Conselho de Saúde; e pelo apoio institucional do Ministério da Saúde. No DF o grupo foi instituído por meio da Portaria nº 85, de 09 de abril de 2014, publicada no DO-DF nº 95, de 14 de maio de 2014, alterado pela Portaria nº 238, de 21 de setembro de 2015 e atualizado pela Portaria Conjunta Nº 6, de 17 de fevereiro de 2022.

O GCPNAISP tem como atribuições:

- I - mobilizar os dirigentes do SUS e dos sistemas prisionais em cada fase de implantação e implementação da PNAISP;
- II - apoiar a organização dos processos de trabalho voltados para a implantação e implementação da PNAISP no Estado e no Distrito Federal;
- III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de implantação e implementação da PNAISP;
- IV - monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da PNAISP.

No Anexo II estão listadas as normas vigentes usadas pela SES-DF, específicas para a saúde prisional.

Este capítulo apresentou uma visão abrangente sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e sua evolução tanto no cenário internacional quanto no contexto brasileiro, destacando suas origens no Relatório Dawson e na Declaração de Alma-Ata. A APS é apresentada como um elemento central na organização dos sistemas de saúde, com atributos e funções que a tornam essencial para a coordenação e continuidade do cuidado. O capítulo também discute a implementação da APS no Brasil, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas reformas realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no Distrito Federal (DF). Além disso, é abordada a integração da APS no contexto prisional, destacando os desafios e a organização da saúde prisional no DF, com a implementação de Unidades Básicas de Saúde Prisionais (UBSP) e a articulação entre as equipes de saúde e as forças de segurança.

Diante dessa compreensão sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e sua importância na estruturação dos sistemas de saúde, especialmente no contexto prisional, o próximo capítulo se concentra no objeto de estudo desta pesquisa: a micropolítica do trabalho em saúde dentro das Unidades Básicas de Saúde Prisionais (UBSP). Isso permitirá uma investigação das dinâmicas cotidianas, interações e práticas que moldam o cuidado em saúde neste ambiente específico, ressaltando como

as equipes de saúde e as forças de segurança interagem e gerenciam os desafios impostos pelas particularidades do território prisional. Assim, o foco passará da macroestrutura da APS para os processos subjetivos e tácitos que influenciam nas ofertas de cuidado em saúde às pessoas privadas de liberdade.

## 5 OBJETO DE ESTUDO E MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo analisar conceitos essenciais para esta pesquisa, que se concentra no estudo da organização da produção do cuidado e das redes de atenção à saúde a partir de uma abordagem centrada no cotidiano da saúde prisional. Propõe-se uma conexão com a política de saúde, o trabalho prescrito, pois é a partir dos marcos institucionais que se espera que sejam disparados dos processos de mudança. No entanto, debate-se a partir dos autores aqui discutidos que estes processos e redes criadas no cotidiano representam a potência criativa para operar o previsto e para além do normativo, quando necessário: o trabalho vivo em ato.

O processo de trabalho em saúde está intrinsecamente ligado aos itinerários, decisões e escolhas dos atores envolvidos na oferta de cuidados. Esse trabalho é caracterizado pela vivacidade e dinamismo dos encontros entre trabalhadores, gestores, usuários, suas famílias e a comunidade. Trata-se de um trabalho vivo em ato, que é dinâmico e não pode ser rigidamente estabelecido apenas por normativas ou prescrições. Além disso, envolve os sujeitos que, ao trabalharem em coletivos, formam as equipes. Esses grupos de indivíduos atuam conforme suas histórias, culturas, vontades, poderes, conflitos e visões de mundo, além de seus conhecimentos e habilidades. Inseridos em contextos específicos, esses sujeitos encontram facilidades ou barreiras que podem favorecer, dificultar ou limitar determinadas ações. Eles se transformam, produzem e provocam transformações. Suas ações coletivas requerem discussão, negociação, pactuação e monitoramento contínuos (De Faria et al., 2009).

O trabalho em equipe envolve mais do que a junção ou soma da produção de todos os seus membros e não se limita a divisão de tarefas. Há a necessidade de se atuar de modo integrado, articulando os diferentes processos de trabalhos envolvidos, assim como a articulação de saberes e práticas, o que requer um processo colaborativo, dialógico e produção de consenso para escolha dos caminhos e objetivos a serem alcançados. (Franco, 2006; Ribeiro, 2014).

A abordagem da micropolítica dá ênfase à subjetividade e à produção de saúde em meio às relações intersubjetivas, em que há coprodução de cuidados, que depende das singularidades de cada situação. Franco (2006) faz uma leitura do trabalho em equipe como um arranjo organizacional possível que valoriza as tecnologias de cuidado centradas nas relações entre os atores, conexão realizadas pelas pessoas em

fluxos horizontais. Chama de micropolítica o agir cotidiano dos sujeitos, sua inter-relação no cenário em que se encontram. O autor discute que, por ser criativa, inventiva e não passível de ser governada, por se autogovernar, a micropolítica produz também alternativas ao engessamento:

O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde (Franco, 2006, p. 2).

Há um reconhecimento da potência dos sujeitos, dos encontros e dos coletivos, contrapondo uma lógica de resolutividade a partir de uma superespecialização ou individualização para o enfrentamento dos desafios das equipes de saúde. Assim, valoriza-se um cuidado multiprofissional e em equipe, como é possível observar neste trecho:

Revelam para nós que “estabelecer relações” é um saber intrínseco à atividade laboral. É como se não existisse uma autossuficiência no trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade que seja satisfatória, do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários (Franco, 2006, p. 5).

Ayres (2009) argumenta que o sujeito se constitui em diálogo, aquele que tem qualidades ou exerce ações, mas que não existe só em si, mas para si; que não se limita a ser objeto. O autor também coloca outros dois aspectos sobre os sujeitos: o primeiro da identidade, em que cada um tem suas necessidades e valores próprios, tanto o sujeito que cuida quanto o que é cuidado; o segundo, que o sujeito produz história e é responsável por seu próprio devir, portanto é dotado de ação transformadora. Uma síntese dessas ideias está na citação de Ricoeur (1991, *apud* Ayres, 2009), quando afirma que “o sujeito não é menos nem mais que um ‘sonho’ de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente ‘o outro de cada um’”.

O cotidiano das equipes de saúde e as relações entre os sujeitos na produção de cuidado é singular. Pinheiro et al (2006) discute que o "relato das experiências" desses atores e de seus cotidianos é subvalorizado. Essas experiências são então saberes relevantes, considerando a potência da micropolítica e a inseparabilidade do plano individual, social e coletivo (Ayres, 2009).

Investigar o cotidiano é colocar em análise uma realidade em construção, móvel, sem começo, meio e fim, mas com várias entradas, tratá-lo como um campo de problematização, proporcionando novas possibilidades de apreensão e de produção do real; ao me colocar no cotidiano da organização de saúde, provoquei o pensamento, pelas afetações, pelos encontros com os inusitados, em uma tensão colocada entre o que já foi atualizado, o que já existe e com o que vai se produzindo. Merhy (2005) aponta o cotidiano como lugar de fabricação de práticas, descrevendo a micropolítica como:

espaço de disputa e constituição de políticas, múltiplo, desenhado a partir da ação de distintos atores-sociais, que conforme interesses e capacidades de agir; aliam-se ou confrontam-se, na tentativa de afirmar ou impor, uma certa conformação de um “bem social” – a saúde – objeto de ação intencional (Merhy, 2005, p. 32).

A experiência é, então, um acúmulo de saberes e de tecnologias complexas, pois representa a articulação prática de vasta amplitude de conhecimentos na produção de cuidado sob a ótica da integralidade, conforme Pinheiro et al (2006, p. 19) esclarece:

a integralidade é entendida como um processo de construção social, que tem na ideia de inovação institucional grande potencial para sua realização, pois permitiria inventar novos padrões de institucionalidades. Estes devem ser entendidos como experiências que podem conferir maior horizontalidade nas relações entre os seus participantes – gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, no que concerne à autoria de novos conhecimentos a partir das práticas dos sujeitos implicados no cuidado em saúde.

A experiência é, portanto, central na produção do cuidado, baseada na implicação dos atores, que produzem novas institucionalidades a partir da mudança nas relações. Ayres (2009 p. 63) destaca esta dimensão dialógica do encontro: “o momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação “subjetivadora”, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo ‘objeto de intervenção’ que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam”.

Se o trabalho vivo em ato é produzido por subjetividades, dinamicidades e tecnologias de cuidado que valorizam as singularidades e as relações horizontais, as iniquidades são também desafios para a produção do cuidado. Mattos (2009) discute o imperativo ético- profissional em defesa da vida, de um SUS que entenda a universalização como a promoção radical das ações de saúde para todos os sujeitos, sem diferenciação.

Esta ideia de universalidade, que também dialoga com o princípio da equidade,

pode ter paralelo traçado com uma noção de justiça. Ribeiro (2014) elabora conceito e prática de justiça para o campo da Saúde Coletiva. Na sua defesa, a justiça acompanha o elemento práxis (justiça como práxis), entendida dentro do campo marxista como "teoria que se materializa em atos". Assim, uma ideia de justiça para a noção de saúde precisa necessariamente estar vinculada à "ação transformadora", entendendo que para atingir justiça não se observa, se pratica a transformação. Todos estes conceitos constituem uma ideia de que, independentemente de estarem privados de liberdade, primeiro são pessoas e o imperativo ético da defesa da vida irrestrita é não as diferenciar. Por estarem dentro de um ciclo complexo de violência, discute-se o lugar desse debate na saúde coletiva.

Todos esses conceitos convergem para a compreensão de que, independentemente de estarem privadas de liberdade, essas pessoas devem ser reconhecidas, em primeiro lugar, como seres humanos. O imperativo ético de preservar a vida de forma irrestrita exige que não se faça distinções. Considerando que essas pessoas estão inseridas em um ciclo complexo de violência, torna-se necessário esse debate no campo da Saúde Coletiva.

Segundo Mattos (2012), um pesquisador atinge seu objetivo se ela é capaz de expor suas intenções de pesquisa de forma precisa, "explicitando a singularidade de sua investigação, frente a outras tantas possibilidades de tratar o tema" (Mattos, 2012, p. 409).

Consolidamos nesse tópico a complexa relação entre a micropolítica do trabalho em saúde e a organização das redes de cuidado, com foco nas dinâmicas cotidianas que emergem nas interações entre trabalhadores, gestores, usuários e suas comunidades. A discussão centra-se na ideia de que o trabalho em saúde é um processo vivo e dinâmico, que vai além das normativas e do prescrito, sendo moldado pelas contingências, pelas subjetividades e pelas relações horizontais entre os atores envolvidos; mediado também pelo institucionalizado, pelo prescrito, pelo engessado. A partir dessa perspectiva, ressalta-se a importância da integralidade, da equidade e da justiça social na produção do cuidado em saúde, especialmente em contextos desafiadores como o sistema prisional. Ao situar esses conceitos dentro da prática cotidiana, aqui argumentamos que a transformação eficaz na Saúde Coletiva depende da habilidade de os profissionais de saúde agirem de forma criativa, enfrentando as iniquidades e promovendo a universalização do cuidado com base em princípios éticos e de justiça social. Este capítulo, portanto, estabelece uma base

teórica e prática fundamental para a análise das redes de atenção à saúde e da produção do cuidado em contextos complexos, como parte essencial desse estudo. No próximo capítulo, é discutida a metodologia, o percurso da pesquisa possível e adaptado à realidade, ao objeto e objetivos, expondo as potências e dificuldades de ser um pesquisador-trabalhador e realizar seus produtos em território vulnerável e fechado como são as prisões.

## 6 METODOLOGIA

Este estudo está fundamentado no campo da Saúde Coletiva, entendendo que conceitos e debates centrais a essa área são essenciais para a observação dos trabalhadores e da organização dos serviços de saúde, com ênfase específica na Atenção Primária à Saúde no contexto prisional. Considerando que a pesquisa foi conduzida por um pesquisador que também é trabalhador inserido no cotidiano dos serviços, pode-se caracterizá-la como uma pesquisa em serviços de saúde. No entanto, diferentemente de muitos estudos dessa natureza, este trabalho não se configura no âmbito de estudos de avaliação, mas sim como uma investigação que busca compreender as dinâmicas e desafios inerentes a esse contexto.

Dada a complexidade das prisões, é esperado que a subjetividade desempenhe um papel fundamental na observação do cotidiano. No âmbito da pesquisa qualitativa, há correntes que defendem o "controle" da subjetividade, tratando-a como um potencial viés que poderia comprometer a robustez dos resultados. Por outro lado, outra vertente argumenta que a subjetividade é um componente inerente a essa modalidade de investigação, devendo ser reconhecida e abordada de maneira adequada, em vez de ser simplesmente controlada ou neutralizada.

Pesquisadores possuem seus valores e motivações, o que diz respeito ao engajamento ético-político desses atores em seus trabalhos. Assim, reconhece-se a garantia do direito à saúde, o combate às iniquidades sociais, étnico-raciais e de gênero como orientadores de prática. Acresce-se a defesa da vida como imperativo ético, dado que existem consequências desfavoráveis para a atribuição de diferentes valores à vida.

Assumiu-se o recorte da pesquisa os trabalhadores da saúde, excluindo do universo as forças policiais, operadores de direito, macrogestores da saúde e segurança e especialmente aqueles que recebem o cuidado, que são aqueles privados de liberdade.

As pesquisas no campo da Saúde Prisional frequentemente focam em doenças específicas, como as infecciosas, o que evidencia a importância de se ampliar a análise para o cotidiano dos trabalhadores e a organização dos serviços de saúde. Tal abordagem permite uma compreensão mais abrangente sobre o processo de trabalho e sua relação com os resultados e o desempenho esperados, tanto em termos de saúde pública quanto no contexto do processo saúde-doença. (Gois et al. 2012).

Os serviços de saúde destinados às pessoas privadas de liberdade já estão

instituídos, e o direito à saúde é garantido por lei. O objetivo deste estudo, portanto, não é questionar a relevância desses serviços nem realizar uma avaliação dos profissionais de saúde envolvidos.

A proposta é investigar como os diferentes atores desempenham o cuidado dentro dos serviços de saúde e de que forma a organização das políticas públicas, desde o nível local até o nacional, influencia esses processos. Acredita-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para o aprimoramento dos serviços ou inspirar novas pesquisas com esse enfoque. Como mencionado, tanto os serviços de saúde quanto o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade já estão estabelecidos. O foco aqui é compreender os avanços já alcançados, destacar as conquistas e pontos fortes, assim como identificar as limitações e áreas que demandam aprimoramento.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de tipo exploratória, uma vez que esta modalidade, segundo Minayo et al. (2002), responde a questões que não podem ser quantificadas.

Para Haguette (1987), as metodologias qualitativas são importantes para observar e compreender especificidades de fenômenos sociais em termos de suas origens e razões de ser de forma aprofundada com enfoque e relevância dos aspectos subjetivos da ação social frente às estruturas societárias. Minayo (2002) argumenta que nestas pesquisas há o reconhecimento da subjetividade e do simbólico como partes integrantes da realidade social. Ou seja, são pesquisas que partem de aspectos subjetivos para entender fenômenos complexos, específicos de forma aprofundada (Haguette, 1987; Patias; Von Hohendorff, 2019).

Embora exista uma linha que pressupõe algum controle da subjetividade, esta pesquisa não se propõe a "manejá-la" ou "controlá-la", entendendo, como vários autores (Minayo, 2002, Haguette, 1987; Stelet, 2021; Carvalho; Luz, 2009), que a pesquisa social é, por si só, subjetiva e que o aparentemente necessário é rigor metodológico com objeto e propósitos da pesquisa, tornando claro o processo de construção, coleta, análise e interpretação. O campo da Saúde Coletiva dispõe um aporte de várias vertentes das ciências sociais, das ciências exatas e das ciências da saúde (Carvalho; Luz, 2009). Não há, portanto, uma única tradição metodológica, dada a diversidade e multiplicidade do objeto "saúde". Assume-se, então, que método científico e objeto de pesquisa devem ser pensados em um movimento dialógico e processual, não havendo um único método ou escolha metodológica possíveis (Stelet, 2021).

Esta interlocução entre saúde coletiva e ciências sociais é uma lente para ajudar a compreender as prisões, o aprisionamento e sua relação com a saúde e os serviços de saúde. Dada a complexidade, sugere-se um olhar das prisões e da saúde prisional com as estruturas e relações sociais, propondo uma análise ampliada do processo saúde-doença, dos determinantes sociais e dilemas éticos envolvidos nas ações de saúde nestes territórios.

Por isso, a pesquisa é iniciada a partir de um olhar histórico-social, cujos referenciais principais, tal como Erving Goffman (2007) e Angela Davis (2018) buscam enriquecer a historicidade necessária para toda investigação social. Além disso, Minayo (2002, p. 47) argumenta que a pesquisa social "trata do ser humano em sociedade, suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica". Também por esta razão, este estudo utiliza uma combinação de recursos de coleta de dados, a chamada triangulação de dados (Patias; Von Hohendorff, 2019), como será apresentada nesta seção.

Entende-se que os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico e que a subjetividade é elemento presente na observação dos fenômenos sociais. Assim, este pesquisador assume o seu papel de pesquisador e também de trabalhador inserido no campo de pesquisa, como médico de família e comunidade numa Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSP). Independente desta característica, assume-se que nem pesquisas nem pesquisadores são neutros, uma vez que o sujeito além de pesquisado é influenciado por suas visões, crenças e padrões de pensamentos pessoais (Patias; Von Hohendorff, 2019).

O binômio pesquisador-trabalhador pode auxiliar na participação necessária para melhor aproveitamento de instrumentos como a observação participante, como será abordado adiante. A pesquisa pode contribuir com o campo da saúde coletiva e da saúde prisional ou saúde nas prisões. O objeto de estudo, focado no agir em saúde, na micropolítica e no cotidiano, pode fornecer elementos consistentes para pensar a organização dos serviços de saúde nas prisões, seus dilemas e potencialidades. Assim, pretende-se garantir a presença de consistência teórica e relevância social proposta por Minayo (2002) para as pesquisas em Saúde Coletiva.

Parte-se do entendimento de que a pesquisa qualitativa pode ser descrita por quatro principais aspectos: a ontologia, epistemologia, axiologia, metodologia, tal como descrevem Patias e Von Hohendorff (2019), em revisão sobre artigos e pesquisas que utilizam abordagens qualitativas. São eles:

- a. Ontologia: valorização das experiências dos indivíduos e suas percepções são, portanto, aspectos úteis e importantes para a pesquisa;
- b. epistemologia: realidade construída a partir da experiência entre pesquisador e pesquisado por meio das experiências de cada sujeito;
- c. axiologia: papel dos valores na pesquisa; não há neutralidade, estamos influenciando e sendo influenciados;
- d. metodologia: não se parte de uma teoria específica necessariamente, ela é produzida também a partir das percepções dos sujeitos que participam da pesquisa, de como conduzem a pesquisa.

Os trabalhos de Erwing Goffman (2007) sobre as instituições totais, tal como nas obras *Manicômios, prisões e conventos* e *Estigma* são importantes referenciais teóricos para esta pesquisa. A ideia de micropolíticas, da interação entre os atores sociais, é uma característica da pesquisa do autor, assim como também é proposta desta pesquisa. Como Haguette (1987, p. 47) argumenta sobre as pesquisas de Goffman: "Sua atuação maior é dirigida para os microprocessos sociais, tendo contribuído de forma considerável para o desenvolvimento da 'teoria do papel' que se baseia [...] no uso dos conceitos de 'self' e de 'assumir o papel do outro'".

No caso deste estudo, cujo foco é o olhar para os profissionais de saúde em território prisional, sugere-se que existam influências externas nas decisões cotidianas. Pode ser, por exemplo, que exista um agir ideal do profissional de saúde, tais os pressupostos do cuidado e a clínica, mas também paira uma certa expectativa daquilo que é aceitável para o tratamento das pessoas presas, considerando uma narrativa conservadora que entende ser razoável tratar pessoas presas com desprezo ou desinvestimento, como se houvesse menor valor dessas vidas.

Uma hipótese refletida foi a influência do senso comum de que "não vale a pena investir em presos" no cotidiano dos serviços de saúde, em conflito ou choque com outro polo em que se deve "cuidar sem julgamentos", imperativo ético possível para o trabalho em saúde. Retornando ao tema do engajamento, há uma implicação por parte do autor deste trabalho em relação ao princípio ético, bioético e ancorado na dignidade da pessoa e na defesa da vida, ainda que se considere que não é objeto desta pesquisa, tampouco tema central a questão da bioética, embora não se possa abrir mão destes debates.

Apesar dessas reflexões serem possivelmente parte de discussão própria para os resultados, o que se argumenta é que as metodologias contribuíram para um

registro do cotidiano de forma ampliada, garantindo contextualização e captura das interações sociais, suas tensões e oportunidades, com vistas a compreender as escolhas cotidianas.

Para além de um microdetalhamento do cotidiano, identificou-se a necessidade de situar como se organizam esses serviços de saúde prisionais, estudados enquanto serviços de Atenção Primária à Saúde, postos os atributos propostos por Bárbara Starfield (2002), discutidos anteriormente. A coleta de dados capturou o "dito", o "prescritivo" e o "normativo". Espera-se ter ampliado os substratos para compreensão e interação do prescrito e do real.

A leitura das políticas nacionais e locais, feita a partir da análise documental e análise de políticas, teve como finalidade correlacionar este "prescritivo", "normativo", entendendo o papel diretor, norteador e organizativo desta política, até chegar nas tensões e desafios de organização e ação no cotidiano.

A relação micro e macro, cotidiano e políticas, não é vista como contraposição, mas sob uma perspectiva de humildade epistemológica, tal como propõem Pinheiro e Silva (2014): sinergia entre a produção, o olhar, a vivência, a experiência e a análise das estruturas sociais. Nova gramática, portanto, na construção dos saberes e na relação das pesquisas com as pessoas, os atores em seus campos.

O campo da saúde prisional tangencia e compõe uma série de debates da saúde coletiva e ciências sociais, como o encarceramento em massa; a política de guerra às drogas, saúde mental e redução de danos; iniquidades sociorraciais, racismo e determinantes sociais em saúde; universalização do SUS; redes de atenção à saúde e atenção primária à saúde; territórios e populações em situação de extrema vulnerabilidade e invisibilidade; políticas públicas e organização dos serviços de saúde; equidade e bioética, violência e saúde dentre outros.

Dada a amplitude dos debates, não se propôs nesta pesquisa esgotar estes conceitos e interlocuções dos debates da saúde coletiva, ciências sociais e saúde prisional, mas buscou-se mantê-las no radar a partir das técnicas de coleta e análise da multidimensionalidade e complexidades presentes no olhar crítico para a produção neste campo. Conduziu-se a investigação até a saturação, dentro do rigor científico e não exaustão, sabendo não ser possível esgotar um debate (Schraiber, 1995).

## 6.1 Contexto

O campo de atuação para a pesquisa foi o Complexo Penitenciário da Papuda, no Distrito Federal. Participaram da pesquisa os servidores da saúde atuantes nas Unidades Básicas de Saúde Prisionais lotadas dentro deste complexo. Não participaram da pesquisa quaisquer outros servidores, como aqueles da segurança (polícias penal e civil), da educação (professores), operadores do direito (advogados, defensores, promotores), pessoas privadas de liberdade ou seus familiares.

O pesquisador é médico da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, lotado em UBSP no Complexo da Papuda. Dessa forma, espera-se que a inserção do pesquisador no território seja relevante para a observação participante, contribuindo para as reflexões e percepções no território. As ações de saúde são ofertadas pelas UBSP localizadas no interior dos estabelecimentos penais e por equipes multidisciplinares de atenção básica, dimensionadas para o tamanho e o perfil epidemiológico da população prisional atendida. Do ponto de vista gerencial, as UBSP estão divididas em três regionais de saúde: leste, centro-sul e sul.

Ao todo, existem 5 Unidades Básicas de Saúde Prisionais: UBS 14, UBS 15, UBS 16, UBS 17, UBS 20. Importante destacar que cada UBSP está lotada em um presídio, assim, estas UBSP referidas situam-se no CDPI, CIR, PDFI, PDFII e CPD2. No final da coleta de dados, em junho de 2024, houve uma mudança: a fusão de CDP I em PDF IV, CDP2 em CDP, impactando nesta pesquisa por meio da inclusão de uma destas UBS, a UBS14, no rol de unidades que atendem pessoas privadas de liberdade em regime fechado. Foi realizada a realocação de presídios e espaços físicos para recomodar a população prisional de forma a reduzir a superlotação vigente. Segundo dados do CNES, são 114 servidores lotados nestas unidades.

A UBSP PFBRA, lotada na Penitenciária Federal de Brasília, não fica no Complexo Penitenciário da Papuda, embora haja proximidade geográfica. Logo, não fez parte desta pesquisa. Sua gestão não é responsabilidade do DF, mas federal. A equipe de saúde, no entanto, é cedida pela SES-DF para atuar na Penitenciária Federal.

No próximo tópico serão discutidas as técnicas de coletas de dados utilizadas na pesquisa, relacionando os aspectos teóricos destas técnicas com as questões, incluindo as dificuldades encontradas no campo de pesquisa.

## 6.2 Coleta de dados

Este tópico aborda as técnicas combinadas de coleta de dados adotadas nesta pesquisa, integrando abordagens teórico-práticas que visam uma análise aprofundada do tema e do objeto em estudo. A metodologia inclui, em primeiro lugar, uma revisão bibliográfica não sistemática, com o objetivo de identificar e discutir os principais referenciais teóricos e empíricos disponíveis na literatura sobre políticas de saúde. Complementarmente, serão realizados levantamentos de documentos oficiais e normativos relacionados ao campo da saúde, essenciais para fundamentar o estudo dentro do contexto das políticas públicas vigentes.

A coleta de dados empíricos será conduzida por meio de múltiplas técnicas, incluindo:

- a) Grupos Focais, que permitirão a captação de percepções coletivas e dinâmicas de interação social sobre o tema em questão;
- b) Entrevistas Semi-estruturadas, que proporcionarão uma abordagem mais flexível e direcionada às experiências individuais dos participantes;
- c) Observação Participante, técnica que aproveitará a imersão direta do pesquisador no campo, facilitando a compreensão das práticas cotidianas e das interações sociais no ambiente de pesquisa;
- d) Narrativas, que oferecerão uma visão subjetiva das experiências dos sujeitos, sendo fundamentais para ilustrar as vivências pessoais e coletivas no processo de saúde-doença;
- e) Análise Documental e de Políticas, visando a sistematização e interpretação crítica de documentos institucionais e normativos relacionados às políticas de saúde que influenciam o contexto estudado.

A combinação dessas técnicas visa fornecer uma base robusta para a análise dos dados, permitindo um exame multidimensional das questões investigadas, com foco na inter-relação entre prática, política e micropolítica do trabalho no campo da saúde prisional.

### 6.2.1 Revisão bibliográfica não sistemática e levantamentos de documentos relacionados a política de saúde referentes ao tema e objeto da pesquisa

Foi feita revisão bibliográfica não sistemática da literatura nacional e internacional sobre Saúde Prisional nas bases de dados SciElo, PubMed, Google Acadêmico, Web of Science; incluindo aspectos sociohistóricos que explicam as origens das prisões; Políticas de Saúde para o subsistema prisional: foram revisados documentos e tratados internacionais, incluídos nas referências como apoio teórico; Atenção Primária à Saúde: foram revisados os principais estudos que suportam a ideia da APS como ordenadora do cuidado nos sistemas de saúde, assim como a situação da APS no DF e da APS Prisional no Brasil, já discutidos nos primeiros capítulos. Foram considerados também textos encaminhados por outros profissionais do campo, considerando a necessidade de ampliar o escopo para leituras para além do escopo de revisão.

### 6.2.2 Grupos focais (GF) e Entrevistas Semiestruturadas

Segundo Morgan (1997), grupos focais são entrevistas em grupo, com o foco definido. Por meio desse recurso de pesquisa é possível captar informações que outros métodos qualitativos conhecidos, como a entrevista semiestruturada e observação participante, não conseguem, dado o caráter de interação coletiva. Comparado com a observação participante, é possível observar maior interação em menor tempo, apesar dos grupos focais serem um ambiente não natural, ainda que na observação participante a presença do pesquisador não seja exatamente "natural". Uma limitação dos grupos focais é a restrição das informações fornecidas verbalmente e dados auto-informados. A combinação de múltiplos métodos nesta pesquisa visou reduzir esta limitação.

Foram realizados 3 grupos focais (GF) com as equipes das Unidades Básicas de Saúde Prisionais (UBSP) do Complexo Penitenciário da Papuda, no Distrito Federal. Entendeu-se, neste caso, que uma equipe é igual ao conjunto de trabalhadores de cada UBSP, pois esta também é a compreensão recorrente dos próprios trabalhadores, embora existam subdivisões de cadastro junto ao Ministério da Saúde, previstos pela Portaria GM/MS nº 2.298 de 2021, que regulamenta a composição e os

critérios de financiamento das equipes de Atenção Primária Prisional, anteriormente determinados pela PNAISP (Brasil, 2021, 2014). Conforme já abordado, cada presídio do Complexo da Papuda dispõe de 1 UBSP, havendo o total de 5 UBSP. Os 3 grupos focais realizados foram em unidades de saúde dos regimes provisório, fechado e semiaberto.

Não há presídio para o regime aberto no Complexo da Papuda. 1 UBSP estava em transição de provisório para regime fechado durante a realização do trabalho de campo como mencionado anteriormente e não teve disponibilidade de agenda para realizar o grupo focal. No entanto, garantiu-se que os trabalhadores de saúde desta unidade fossem entrevistados individualmente. 1 UBSP do regime fechado não foi convidada para participar de grupo focal, pois haveria uma dificuldade do autor em conduzir o grupo sendo médico desta unidade. Optou-se também por garantir a representatividade desta amostra por entrevistas semiestruturadas.

Depois dos 3 Grupos focais, deu-se sequência ao aprofundamento das questões inicialmente levantadas a partir do roteiro proposto, no Apêndice A. A proposta foi aprofundar os tópicos abordados em entrevistas semiestruturadas, usando o roteiro de base nessas entrevistas, mas também com mais liberdade para ouvir mais sobre uma ou outra questão que suscitou dúvida no pesquisador. O que se observou foi que ambas estratégias, grupo focal e entrevista semi-estruturada, tiveram o mesmo roteiro como base, raramente precisando fugir a esta linha-guia.

O roteiro citado utilizou a divisão das perguntas que contemplassem as categorias pré- estabelecidas para análise, que são os também citados atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Também foram contempladas perguntas para os atributos derivados. Por serem 4 atributos essenciais (Acesso, Coordenação do Cuidado, Integralidade e Longitudinalidade) e 3 derivados (Competência cultural, Orientação familiar e Orientação comunitária), optou-se por limitar o roteiro a 9 perguntas, para que o tempo de entrevista fosse exequível dentro do cronograma proposto, equilibrando perguntas para cada atributo.

Avalia-se que os roteiros foram capazes de suscitar perguntas relacionadas ao atributos, com destaque para as perguntas sobre participação da pessoa privada de liberdade e da comunidade externa no processo de trabalho e nas decisões, que ocasionou alguns silêncios antes das respostas, talvez porque participação social e autonomia não sejam temas comuns quando se discute pessoas presas.

Foram realizadas 9 entrevistas semiestruturadas (ESE), contemplando todas as

5 UBSP existentes no momento do campo, reforçando que uma da UBSP estava modificando seu público alvo, antes de pessoas provisoriamente presas para o regime fechado, mas também garantida nas ESE.

Ao todo, entre grupos focais e entrevistas semiestruturadas participaram profissionais de diferentes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, odontólogos, técnicos de saúde bucal. As categorias não contempladas foram: terapeuta ocupacional, técnico administrativo, administrador e farmacêutico. Destas categorias, embora cargos administrativos não tenham sido entrevistados, foram entrevistadas outras pessoas com funções gerenciais, pois participaram 3 coordenadores de equipe entre GF e ESE.

Ao longo dos resultados, as categorias não estão identificadas. O autor manteve-se coeso em relação aos termos de consentimento livre e esclarecido que garantiram sigilo. Como algumas categorias estão em pouca quantidade, caso identificadas, os profissionais poderiam ser reconhecidos e o sigilo quebrado.

Os critérios de inclusão foram:

- a) ser trabalhador da saúde lotado no sistema prisional;
- b) atuar há pelo menos 1 ano no sistema.

A decisão pela suspensão das entrevistas semiestruturadas e grupos focais foi o critério de saturação, quando houve repetição e maior frequência dos achados.

### 6.2.3 Observação Participante (OP)

A Observação Participante (OP) foi utilizada para fortalecer a inserção do pesquisador no campo de estudo, funcionando como uma técnica complementar às demais formas de coleta de dados. É importante destacar que o pesquisador atua como médico de família e comunidade em uma Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSP) de regime fechado desde 2020, sendo servidor estatutário vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Existem aspectos positivos e negativos de ser pesquisador-trabalhador, que serão debatidos neste tópico, mas certamente há uma ampliação do olhar que permite confirmar, afastar ou mesmo aprofundar resultados encontrados em grupos focais e entrevistas. Uma possível vantagem do uso de grupos e entrevistas por um pesquisador-trabalhador é o conhecimento sobre o campo estudado. Realizar grupos e

entrevistas, aliando-se à observação participante demanda inserção no campo. Esta inserção é um desafio para o pesquisador, ainda mais desafiadora em territórios e instituições mais restritas à circulação de pessoas e informações, como as prisões.

O pesquisador em questão iniciou o trabalho na saúde prisional durante a pandemia da COVID-19, em 04 de junho de 2020, passou pela coordenação de equipe da UBSP de 2020 a 2023, construindo processos e fluxos, vivendo dificuldades e limitações, construindo visões que como já aqui abordadas, não são neutras. Como aspecto potencialmente negativo reflete-se que é difícil dissociar o binômio pesquisador-trabalhador. Afinal, quando se é um ou outro? O próprio pesquisador optou por manter uma espécie de diário que teve a função não apenas de alimentar a técnica observacional, mas também permitir a expressão de suas subjetividades, suas dificuldades como trabalhador. Acredita-se que esse uso do diário de campo para livre expressão das ideias e também para registro das narrativas, transitando entre um diário, um portfólio e um livro de casos - uma potência para a pesquisa de campo.

Para embasar a escolha da OP, buscou-se na literatura aspectos críticos sobre o uso da técnica como método de pesquisa. Em sua resenha do livro *Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*, Valladares (2007) reflete sobre aspectos da complexidade da observação participante, sugerindo uma crítica ao uso simplificado do método de pesquisa. Aponta que *"não é uma prática simples mas repleta de dilemas teóricos e práticos que cabe ao pesquisador gerenciar"* e que exige uma *"cultura metodológica e teórica"* (p.154). O enredo do livro é sobre um pesquisador que se aproxima de um bairro italiano estigmatizado por ser uma área perigosa da cidade de Boston - EUA de 1930. Conforme se aproxima da localidade, redefine seus objetivos de pesquisa e aprende a pensar, refletir e interagir com os moradores informantes. Depois de aprofundar relações sociais no campo, distancia-se para escrever sua obra e se inscreve num programa de doutorado.

Por fim, Valladares aponta “10 mandamentos” para a observação participante a partir da reflexão da obra citada:

- a) a OP é um processo longo;
- b) não se conhece o território em que se aterrissa;
- c) a OP depende de um nível de interação observador-observado e sempre há o fator presença do pesquisador, que não pode ser isento, mesmo que se sinta parte;
- d) o pesquisador precisa se diferenciar dos demais - não é um igual;

- e) carece de um intermediário, um apoio em momentos de incertezas e para abrir portas;
- f) o pesquisador é um observador observado;
- g) os dados surgem sem que precise obtê-los, cabendo ao pesquisador saber ouvir, perguntas, interagir, além de saber quando ficar em silêncio;
- h) é necessário que haja rotina, observação sistemática com anotações em diários de campo. Mesmo que repetitiva, a rotina ajuda também a gerar confiança junto aos demais;
- i) deve-se aprender com os erros e com as dificuldades no itinerário de estudo;
- j) há uma cobrança dos resultados e finalidade da pesquisa, embora poucos busquem de fato os achados finais do estudo.

A observação participante não é uma prática simples, mas repleta de dilemas teóricos e práticos que cabe ao pesquisador gerenciar. Por isso, a observação participante exige, sim, uma cultura metodológica e teórica

Minayo (2002) discute que a observação participante é um método em si, importante para a pesquisa qualitativa. Expõe controvérsias em relação ao que observar, o que e como. Menciona que se deve fazer parte da observação como forma complementar de compreender a realidade empírica (Minayo, 2002).

A origem da observação participante advém dos estudos clássicos da Antropologia, em que o pesquisador conquista a confiança do coletivo de pessoas em foco, buscando se inserir numa cultura diferente da sua de origem. No caso deste pesquisador, autor desta tese, o fato de ser profissional de saúde do sistema prisional já supre esta inserção. O desafio foi construir a imagem do pesquisador e a dificuldade de um distanciamento do objeto de pesquisa, já que o pesquisador se manteve as 40h trabalhando no campo sem liberação de carga horária, realizando a maior parte das entrevistas durante férias e folgas. As dificuldades com o cronograma de pesquisa, dada a dificuldade de se pesquisar em prisões será discutida no tópico "Ética e pesquisa em prisões". Embora haja certamente um viés ou limitação de "olhar de fora" quando se está dentro do cotidiano, certamente existem outras vantagens.

A completa imersão permitiu ter um nível de detalhamento extra do convívio, das rotinas, dos processos e dos agires que mesmo um observador externo de longa data talvez não atinja nesta mesma profundidade. *"A atitude do observador científico consiste em colocar-se do ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia*

*e inserção, o mais íntima e intensamente possível* (p.277). Segundo Minayo (2002), a atitude do observador científico deve estar pautada no respeito, empatia e inserção, "*o mais íntima e intensamente possível*" (p.277), deslocando-se para o ponto de vista do grupo pesquisado.

A empatia necessária foi característica facilitada nesta pesquisa, considerando que muitas das agruras vividas pelo coletivo foram também vividas pelo profissional-pesquisador. Nesse caso, não somente o observador foi participante, como também um ator local nas transformações necessárias para o aprimorar do cuidado. Ou seja, foi uma implicação sobreposta entre o agir profissional em prol do fortalecimento do cuidado e o agir científico para produzir conhecimento que atribua sentido à busca de novas saídas e aprendizados, sob a ótica do rigor metodológico científico.

#### 6.2.4 Narrativas em saúde

O uso de Narrativas foi um elemento de apoio à observação participante. As narrativas compuseram parte da estrutura do diário de campo e foram escritas a partir de histórias vividas no cotidiano e que marcaram o profissional, trazendo à tona elementos das histórias de pessoas privadas de liberdade, suas biografias, seu contexto atual, os determinantes sociais do território e elementos da prisão e do processo de trabalho da equipe de saúde. Foram ao menos 76 narrativas, com selecionados de forma a comporem o total de uma a duas inserções em cada tópico dos resultados, dentro dos textos das 8 categorias finais trabalhadas (Acesso; Coordenação do cuidado; Integralidade; Longitudinalidade; Família; Relações Interpessoais e vínculo; Território, Cultura e Comunidade; e Saúde Mental).

Estas narrativas registraram elementos cotidianos, ilustraram situações concretas para que o leitor pudesse imaginar o cotidiano, uma vez que a pesquisa tem como foco a micropolítica. Assim, as narrativas ajudaram a inserir elementos subjetivos, reflexivos e apoiaram o embasamento de argumentos coletados por outros métodos. Houve um cuidado com mudanças de nomes e até mesmo mescla de situações para que toda a identidade de profissionais e pacientes fosse preservada.

Não houve e não há neutralidade científica na observação e na construção do diário, entendendo que ao mesmo tempo que foi respeitada a subjetividade do que

captava a atenção do autor-pesquisador, também foram respeitados os princípios e objetivos da pesquisa: compreender o cotidiano, a organização, estratégias dos trabalhadores e suas implicações no cuidado de pessoas privadas de liberdade na atenção primária prisional.

Segundo Stelet (2020), as narrativas são uma forma de expor o conteúdo produzido no encontro clínico, podendo constituir um método de pesquisa valorizando a expressão de subjetividades. Os casos clínicos são, segundo Hunter (1991) uma peça da medicina científica, são "um lembrete inequívoco do substrato fundamental da medicina e das exigências de singularizar as experiências de adoecimento - como um aceno na direção da condição humana ou um lembrete de sua subjetividade e pluralidade" (Stelet, p. 104). O caso clínico é uma ferramenta histórica da medicina para entender melhor sobre a pessoa, seu adoecimento e os caminhos e significados para que seja possível conviver com a doença.

Embora haja um certo ceticismo hoje no uso das narrativas para o pensamento e raciocínio clínico da medicina, Favoreto (2011) sugere que o papel da narrativa é de sintetizar discursos políticos e morais criados pelas pessoas para entenderem e julgarem as circunstâncias e situações em que vivem, fornecendo assim possibilidades de criar percepções, pensamentos e julgamentos no curso de vida (Stelet, p.105 apud Favoreto 2007, p.49)

Uma vantagem no uso da narrativa neste trabalho é a compreensão de que mais do que útil, há necessidade em se entender os modos de vida e cuidado nas prisões como complexas e multifacetadas.

O uso de narrativas na medicina, na saúde e no campo da saúde coletiva frequentemente se concentra nas narrativas de adoecimento. De acordo com Castellanos (2014), as interpretações e performances narrativas são componentes fundamentais na construção social das experiências e trajetórias associadas ao adoecimento e ao cuidado. No contexto prisional, uma das "doenças" pode ser entendida como a própria privação de liberdade.

Durante a confecção desta pesquisa, foram revisados livros sobre prisão escritos em formato de narrativas, que oferecem uma perspectiva crítico-reflexiva sobre o sistema penal- carcerário, ao humanizar os indivíduos envolvidos e expor as complexas dinâmicas de poder, violência e sobrevivência dentro das prisões. Por meio de histórias pessoais e relatos vívidos, essas obras permitem que haja conexão com as experiências dos atores da vida prisão, como pessoas presas, policiais penais,

professores, profissionais de saúde e outras figuras do sistema, revelando a realidade cotidiana de um universo muitas vezes desconhecido ou estereotipado. Além de informar, as narrativas têm o poder de gerar empatia e reflexão crítica sobre a justiça, as condições adversas nas cadeias e os desafios da ressocialização.

A narrativa sobre os modos de vida na prisão é discutida em livros como "Estação Carandiru" (1999), "Carcereiros" (2012) e "Prisioneiras" (2017), trilogia escrita pelo médico e escritor Drauzio Varella; "Desterros: história de um hospital-prisão" (2017), por Natalia Timmerman; "Cadeia" (2013), de Débora Diniz e "Presos que menstruam: A brutal vida das mulheres - tratadas como homens - nas prisões brasileiras" (2015) de Nana Queiroz.

"Estação Carandiru" (1999) relata a experiência do autor como médico voluntário no extinto presídio Carandiru, em São Paulo, onde ocorreu o massacre do Carandiru, quando houve a chacina de 111 pessoas presas por forças policiais. Varella (1999) narra o cotidiano das pessoas privadas de liberdade, abordando a superlotação, a violência, as precárias condições de vida, de saúde e as relações humanas dentro da prisão.

Em "Carcereiros", Varella (2012) explora o cotidiano dos agentes penitenciários e policiais penais, os impactos psicológicos e emocionais, os dilemas morais, as relações com as pessoas presas e as consequências desse trabalho nas vidas pessoais dos policiais.

"Prisioneiras", também escrito por Varella (2017) explora a realidade das mulheres encarceradas no Brasil, apresentando relatos que revelam suas experiências e desafios durante o encarceramento. O autor discute a violência, a maternidade e as condições de vida nas prisões, enquanto reflete sobre o contexto social e econômico que aproxima essas mulheres a atividades ilícitas e de conflito com a lei.

Além de "Prisioneiras" (2017), o livro "Desterro história de um hospital-prisão" (2017), "Presos que menstruam" (2015) e "Cadeia" (2013) também abordam o encarceramento feminino. Em "Desterro" (2015), Natalia Timmerman narra as biografias das pessoas atendidas por ela no Hospital Penitenciário em São Paulo. Há uma linha desvelada ao longo do livro para cada história, que traz também os sentimentos da autora na relação médico-paciente, incluindo suas contratransferências, como no caso da mulher de codinome Donamigo. A paciente, mulher angolana presa, perde os vínculos familiares com seus filhos em seu país de origem, depois de ser presa acusada de transportar internacionalmente uma mala com drogas ilícitas até São Paulo.

Há um drama na busca por melhores condições de vida. Durante o acompanhamento a médica se compadece pelo sofrimento depois que nasce Zacki, um filho brasileiro nascido no contexto do encarceramento, que vive e adocece junto a mãe na prisão.

O livro aborda temas como a falta de acesso a itens de higiene, a violência sexual, a gravidez e o parto em condições degradantes, além das dificuldades dessas mulheres em manter contato com suas famílias e criarem seus filhos. Queiroz expõe a invisibilidade e o abandono dessas presas, questionando a falta de políticas públicas adequadas para atender às suas necessidades, e lança luz sobre o machismo e a desigualdade de gênero dentro das prisões.

"Cadeia" (2015) é uma obra da antropóloga Débora Diniz que aborda a realidade das mulheres encarceradas no Brasil. A autora utiliza uma abordagem etnográfica para explorar a vida dessas mulheres nas prisões, revelando as complexas dinâmicas de poder, violência e sobrevivência que permeiam o ambiente carcerário. Através de relatos pessoais e observações diretas, Diniz destaca as dificuldades enfrentadas pelas mulheres, como a falta de acesso a cuidados de saúde, as condições precárias de vida, a violência institucional e a luta por dignidade. Destaca-se que a autora acompanhou as equipes de saúde da UBS Prisional e neste sentido apresenta uma semelhança com esta pesquisa por usar na observação a relação dos profissionais de saúde com as pessoas privadas de liberdade. Embora o campo da pesquisa de Diniz (2015) seja a Penitenciária Feminina do DF, chamada Colmeia, e não o Complexo da Papuda, majoritariamente masculino, como esta pesquisa, tanto o livro em questão quanto esta pesquisa acontecem no DF, havendo semelhanças culturais, tais como os termos utilizados pelas pessoas presas para se referir a comida, "xepa", e assim como o nome dado aos bilhetes internos usados para solicitar atendimento em saúde, chamados "catataus".

O livro "Presos que me Menstruam" escrito por Nana Queiroz (2015) traz as narrativas de mulheres que foram presas, as suas histórias, os seus sofrimentos, as suas motivações para entrar no mundo do crime. O livro aborda temas como a falta de acesso a itens de higiene, a violência sexual, a gravidez e o parto em condições degradantes, além das dificuldades dessas mulheres em manter contato com suas famílias e criarem seus filhos. Queiroz expõe a invisibilidade e o abandono dessas presas, questionando a falta de políticas públicas adequadas para atender às suas necessidades, e lança luz sobre o machismo e a desigualdade de gênero dentro das prisões. Mais do que isso, traz uma mensagem de que há uma invisibilidade, uma

negligência, não só à prisão das mulheres, mas às mulheres em si. Ao tratar mulheres presas como homens, há uma enorme violência em tratar igualmente aqueles que não são iguais. Presos que menstruam trata dessas histórias como a história de Safira, uma mulher que acreditava que se houvesse dedicação e esforço seria possível melhorar os modos de vida. Há uma ruptura, pois as condições de vida desta mulher e de sua família agravam a insegurança nutricional e fome, o que a leva a considerar atuar em atividades ilícitas. São histórias emblemáticas, que abordam as iniquidades de gênero e sua relação com o aprisionamento feminino.

Optou-se pelo uso de narrativas como parte da metodologia da pesquisa por sua capacidade de capturar a complexidade das vivências cotidianas no contexto prisional e da saúde dos encarcerados. As narrativas, estruturadas em diário de campo, permitiram registrar histórias singulares e contextos específicos, dando visibilidade a aspectos dos determinantes sociais, histórias de vida e relações sociais que influenciam diretamente o processo saúde- doença. A escolha dessa abordagem também está alinhada com a necessidade de expor a subjetividade e pluralidade das experiências de cuidado e adoecimento, além de proporcionar uma forma reflexiva de conectar o leitor com a micropolítica do ambiente prisional. Dessa forma, as narrativas em saúde complementam outros métodos de coleta de dados, como grupos focais e entrevistas, ampliando a compreensão do cotidiano e das relações entre trabalhadores e pessoas privadas de liberdade.

#### 6.2.5 Análise documental e análise de políticas

A análise documental e de políticas foram utilizadas para relacionar os itens da macropolítica contidos nas políticas de saúde prisional às estratégias do cotidiano dos serviços e equipes.

A análise de documentos exige examinar e interpretar dados de modo a obter significado, ganhar compreensão e desenvolver o conhecimento empírico. É um procedimento sistemático para revisar e avaliar documentos, entendidos como "fatos sociais" produzidos, compartilhados e usados de forma socialmente organizada (Stelet, 2020; Atkinson e Coffey, 2001).

Bowen (2009) explica que o processo envolve: a) exame superficial

(skimming); b) leitura aprofundada e c) interpretação. Dessa forma, são feitas releituras e revisões cuidadosas do documento. A análise permite produzir excertos, citações ou passagens inteiras a serem organizadas pela análise temática (Atkinson e Coffey, 2001). A análise documental pode ser parte da análise de conteúdo (Bardin, 2008).

Sobre os documentos selecionados para aprofundamento, optou-se pelas seguintes políticas nacionais vigentes para a saúde prisional:

- a) a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), de 2014;
- b) a Portaria GM/MS nº 2.298 de 2021, que modifica a composição e os critérios de financiamento das equipes de Atenção Primária Prisional, previstos na PNAISP.

No caso das portarias que regem a saúde prisional no DF, foram selecionados os seguintes documentos:

- a) Portaria Conjunta nº 18 de 24 de julho de 2023 - SES/DF e SEAPE/DF;
- b) Fluxo da atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade;
- c) Nota Técnica nº 01-2023 - SES-SAIS-COAPS-DAEAP-GESSP - Acolhimento para as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) acompanhadas pelas equipes de saúde no Sistema Prisional do Distrito Federal.

Como abordado anteriormente, isto não significa que apenas estas políticas citadas foram revisadas, pois outras políticas são citadas durante o texto. Significa que estas foram as políticas de escolha para fazer a relação entre as políticas de saúde e o cotidiano dos trabalhadores. O objetivo foi relacionar elementos do "trabalho prescrito" nas diretrizes das políticas com o que foi possível capturar das falas das entrevistas, dos grupos focais e da observação participante.

As políticas selecionadas foram analisadas a partir do olhar das codificações pré-estabelecidas, utilizando os atributos da APS como referência e guia. Em seguida, foram relacionadas com os elementos das falas e de entrevistas que abordaram os mesmos temas, permitindo estabelecer relações entre o "previsto" nas políticas e o "real" do cotidiano dos trabalhadores. Houve apoio do software Atlas TI, tal como será abordado no subcapítulo "6.4 Análise de Conteúdo".

### 6.3 Ética e pesquisa com pessoas privadas de liberdade

A pesquisa é uma ferramenta importante para atingir os objetivos de desenvolvimento sustentável global (Fayomi et al., 2018). Aprimorar o cuidado em saúde para pessoas privadas de liberdade requer investimento também em pesquisa, para que sejam encontradas as melhores soluções. No entanto, na ausência de guias e orientações para ética na pesquisa nas prisões, reforça-se o aspecto negligenciado para população privada de liberdade (Ako, 2020).

Se por um lado as PPL estiveram historicamente expostas a pesquisas de critério eticamente duvidoso, a ausência de pesquisas para essas populações reduz a chance de receberem políticas públicas, diagnósticos, tratamentos e intervenções em geral que sejam seguras, efetivas, assertivas e com as melhores evidências disponíveis, respeitando suas especificidades e diversidades.

Para compreender o quão exposta esta população está, é importante debater o que é vulnerabilidade e qual sua relação com a proposição de pesquisas nas prisões.

Vulnerabilidade é um termo interdisciplinar presente em diversos campos de estudo, com destaques recentes para a área das ciências sociais e políticas, com relevância para as políticas públicas. Na área da saúde está na Bioética, na Saúde Mental, na Saúde Ambiental, na Epidemiologia, dentre outras.

O conceito de vulnerabilidade tem uma relação com o de violência, particularmente na definição de vulnerabilidade estrutural, que combina violência estrutural e vulnerabilidade. A violência estrutural “refere-se às formas invisíveis e indiretas da violência inerentes às ordens sociais repressivas ou injustas” (Carruth, et al., 2021, p.2).

Do ponto de vista etimológico, o termo *vulnerare* representa ferir, lesar, prejudicar e o termo *bilis*, suscetível a (Carmo e Guizardi, 2018). Estar suscetível a pode ser uma condição possivelmente temporária, por exemplo, migrantes e refugiados, ou também existencial, por exemplo, questões de gênero e raça/etnia.

No campo da pesquisa, a definição de vulnerabilidade, estabelecida pelo Comitê Internacional de Diretrizes de Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos - 2002:

Pessoas vulneráveis são aquelas que são relativamente (ou absolutamente) incapazes de proteger seus próprios interesses. Elas podem ter poder

insuficiente, inteligência, educação, recursos, força ou outra necessidade que atribui a proteção de seus próprios interesses (Tangwa, 2021, p. 16 tradução própria).

O conceito de vulnerabilidade tem sido definido como "fenômeno multidimensional, contextual e dinâmico, intrínseco à existência humana que acarreta agravos à saúde ou possibilita a evolução do indivíduo ou coletividade" (Cestari et al., 2021, p. 3). Também é definido como

um modelo conceitual no qual vulnerabilidade social foi definida como a condição de vida humana expressa em todas as suas dimensões a partir dos (re)arranjos das relações de poder, que constituem o sujeito-social, produzindo precariedade quando os movimentos de agenciamento não são potencializados para a promoção da saúde (Cestari, 2021, p.3).

Vulnerabilidade foi uma proposta de sentido para superar a estigmatização que o termo risco atribuiu a populações e grupos durante a epidemia de HIV nos anos 80, vistos como "grupos de risco", para associar uma condição de vida a uma exposição de doença e suas consequências estigmatizantes.

Ainda assim, a vulnerabilidade também pode assumir uma conotação de impotência, vitimização e necessidade de intervenções externas e potencialmente estigmatizantes (Carruth et al., 2021). Se for dito "um certo grupo é vulnerável", pode ser direcionado a este grupo um conjunto de intervenções de políticas públicas, mas também pode se atribuir uma condição hipossuficiente, como se estes grupos não fossem capazes de enfrentar iniquidades e injustiças, além do que não se pode considerar que um grupo, pessoal ou comunidade, pretenda ser vulnerável permanentemente.

Ayres (2018) defende que para o termo vulnerabilidade, deve haver uma "cuidadosa vigilância terminológica". Também debate que se deve buscar "a particularização das relações, não a generalização de inferências".

No caso de pessoas privadas de liberdade, sua condição de privação da liberdade é, ao menos no Brasil, temporária, pois não há prisão perpétua, sendo o cumprimento da pena finito. Significa que o estar preso é um elemento vulnerabilizante, embora o estigma de ex-presos, ex-detentos seja um estigma permanente, sendo o egresso do sistema prisional vulnerabilizado por seu passado.

Para compreender a exposição dessa população, é essencial discutir o conceito de vulnerabilidade e sua relação com a proposição de pesquisas nas prisões. A vulnerabilidade é um termo multidimensional, contextual e dinâmico, intrínseco à

existência humana, que resulta da interação entre a pessoa, seu entorno e o cuidado recebido, podendo acarretar agravos à saúde ou possibilitar o desenvolvimento do indivíduo ou da coletividade.

Discute-se que pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis a algo em algum grau e forma e em certo tempo e espaço. Esses sujeitos - ou coletivos - vivenciam processos ou estão em condição de vulnerabilidade. O termo acaba ganhando uma dimensão de difícil superação, mesmo que a vulnerabilidade seja algo, não uma condição permanente.

Na pesquisa de Cestari et al (2021) em uma revisão de escopo, a construção do termo vulnerabilidade em saúde emergiram em seis significados centrais: suscetibilidade (51,5%), precariedade (40,6%), risco (46,5%), possibilidade (13,9%), sentimento (5,0%) e posicionalidade (1,0%).

O modo de vida dos sujeitos e coletivos, seus contextos, ou seja, os processos de determinação social, tem relação direta com o adoecimento. Esses mesmos sujeitos não estão passivamente vivendo condições de vulnerabilidade sem a devida interação com as estruturas de poder. As resultantes dessas interações para a existência desses sujeitos impõem maiores dificuldades, precariedades, assimetrias produtoras de iniquidades. Isto significa que certas populações são assimetricamente expostas a contextos de violência, perigo, enfermidade, migração forçada, pobreza ou morte (Florencio e Moreira, 2021). O processo em que o Estado deixa de reconhecer as vidas da mesma forma, com o mesmo valor do que outras, é traduzido no conceito da necropolítica, do filósofo Achilla Mbembe (2016).

Por isso, discutir vulnerabilidade em saúde é também uma proposta de extrapolar as fronteiras de seu significado e possibilitar ações intersetoriais e respostas sociais mais efetivas (Ayes, 2018).

O resistir e enfrentar as condições de vulnerabilização tem sido discutidos a partir da ideia de agenciamento, em que os sujeitos em vulnerabilidade, frequentemente invisibilizados ou silenciados, tornam possíveis a superação de suas precariedades, iniquidades e assimetria em relação a direitos e condições de vida (Florencio e Moreira, 2021). Ayres (2018) discute que é importante se questionar "a que" uma população é vulnerável. O desafio é que não haja naturalização da questão.

Sobre vulnerabilidades e pesquisa, Ako (2020) expõe que há nas pesquisas com populações privadas de liberdade uma tripla vulnerabilidade, especialmente em países

em desenvolvimento: são em sua maioria de baixo rendimento socioeconômico, são grupos de desfavorecimento dos padrões e condições de saúde, suportam alta carga de doença; e estão aprisionados.

A população privada de liberdade é vulnerável, pois pode sofrer coerção por participar (ou não participar) de uma pesquisa (Tangwa, 2009). Podem ter dificuldade para manter autonomia para decidir acerca da participação (a favor ou contra). A Declaração de Helsinki, 2008, artigo 9, World Medical Association, sintetiza esta questão:

A pesquisa médica está sujeita a padrões éticos que promovem o respeito por todos os seres humanos e protegem a sua saúde e direitos. Algumas populações pesquisadas são particularmente vulneráveis e necessitam de proteção especial. Estes incluem aqueles que não podem dar ou recusar consentimento por si próprios e aqueles que podem ser vulneráveis à coerção ou influência indevida.

Ademais, são populações invisibilizadas, em que operam os termos da necropolítica, pois são vistos como "cidadãos de segunda categoria", sem restrição formal e legal de seus direitos, no entanto, na prática são expostas a variadas formas de violência estrutural.

E por estarem em situação de vulnerabilidade são com frequência pessoas negligenciadas no âmbito da formulação e execução das políticas públicas de proteção social e direitos humanos (Silva, 2015). Sendo assim, tais populações não somente precisam de políticas públicas próprias, adequadas, suficientes e assertivas, mas também de pesquisas voltadas para compreender as possibilidades de superação das iniquidades.

Outro aspecto desafiador relacionado aos riscos e vulnerabilidades é o fato de que o encarceramento é risco (no sentido probabilístico, matemático) para um conjunto de doenças, especialmente transtornos mentais e usos de substâncias psicoativas. Há maior prevalência de transtornos mentais do que na população em geral e maior risco de suicídio (Fazel et al., 2017; Mundt et al., 2018; Griffiths et al., 2012).

Há necessidade de acompanhamento das pessoas durante a privação de liberdade nas prisões, mas também quando são egressos do sistema prisional, considerando que parte dos riscos de adoecimento perduram, as condições de empregabilidade, reinserção na sociedade e reconstrução dos vínculos familiares são dificultadas pelos anos de prisão e que há um estigma que permanentemente carregam. Pesquisas transdisciplinares são necessárias para que tais pessoas não sejam expostas

aos riscos que as levam novamente para o ambiente prisional (Coughlin, 2016).

O caminho do pesquisador para conseguir executar a pesquisa foi trabalhoso. Por ser vinculado ao programa de doutorado do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ, primeiro tramitou no Comitê de Ética e Pesquisa do IMS, sob código CAAE 69755022.0.0000.5260 para depois tramitar na secretaria de saúde do Governo de Distrito Federal, que analisa seus processos pelo CEP da FEPECS-DF (Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências na Saúde), sob código CAAE 69755022.0.3001.5553. Quando as duas tramitações foram concluídas, foi novamente necessário abrir um processo na Vara de Execuções Penais do Distrito Federal, passando pelo parecer do Ministério Público, da Escola Penitenciária da Polícia Penal (EPEN) e pelo crivo da juíza da Vara de Execução Penal. O tempo para tramitação em cada comitê encurtou o tempo de campo e é possível refletir sobre este itinerário.

Se não fosse uma pesquisa vinculada a um programa de doutorado, talvez o cronograma não fosse possível, ou seria necessário modificar a pesquisa. Caso esta pesquisa optasse por entrevistar pessoas privadas de liberdade, o tempo de aprovação poderia ser maior e inviabilizar o projeto.

O rigor das aprovações se conecta ao debate de quão vulnerável são as pessoas privadas de liberdade, mas também a quão fechadas são as prisões aos olhos da sociedade, da ciência, que por fim podem restringir avanços científicos, tais como novas políticas públicas mais eficientes que beneficiariam as pessoas privadas de liberdade e a todo o conjunto da sociedade.

#### 6.4 Análise de conteúdo

A análise de conteúdo tem sido utilizada não apenas em campos como psicologia, educação, saúde coletiva, administração, mas também em políticas públicas, como técnica para "gerar dados e interpretações capazes de sintetizar, comparar e testar hipóteses." (Sampaio et al., 2021, p.26 ). Escolheu-se Bardin (2008) por sua solidez na pesquisa qualitativa, especialmente no campo da saúde pública, pela possibilidade de responder às questões de pesquisa, mas também buscou-se atentar para elementos críticos que têm sido alvo de debate para uso da Análise de Conteúdo proposta por Bardin.

Uma série de artigos críticos ao uso da proposta de Bardin se ancoram no fato de que sua obra de referência tem mais de 30 anos sem atualizações, uma vez que ao longo do tempo houve reformulações propostas neste campo metodológico e foram incluídos novos softwares de apoio. Para além destes aspectos, existem críticas em como os pesquisadores qualitativos baseados em Bardin explicitam sua metodologia, gerando fragilidade no rigor científico em seu uso (Sampaio, 2022). Lima (2014) afere que ao menos 86% dos trabalhos que analisou não foram claros em relação à codificação, tampouco a quem foram os codificadores e que 99,5% não informou se os codificadores obtiveram treinamento.

Sampaio (2022) critica as pesquisas em que o processo de codificação, de criação, compilação e mesclagem é ocultado, migrando direto para as categorias, como se o processo de pesquisa fosse, em suas palavras, "divino" ou "mágico". Também não estão claros nos estudos analisados se as unidades de análise são, por exemplo, a entrevista como um todo, palavras ou parágrafos das entrevistas realizadas.

Para superar estas fragilidades são desejáveis a criação de livros de códigos, a criação de um corpus qualitativo, o treinamento dos codificadores, transparência metodológica da pesquisa e o uso de ferramentas de validação dos dados qualitativos (triangulação de métodos ou validação transacional), tal como os softwares CAQDAS (Computer –Assisted Qualitative Data Analysis Software), Atlas.ti, MAXQDA, NVivo e WEBQDA (Sampaio, 2022).

Diante dessas críticas, esta pesquisa buscou dar a "fiabilidade" esperada, definida por estabilidade, a reprodutividade (reproducibility) e a precisão (accuracy) (Lima, 2014). Assim, esta pesquisa, visando maior confiabilidade fez as seguintes escolhas metodológicas:

- a) o codificador principal foi o próprio autor, com treinamento em pesquisa qualitativa durante as disciplinas de doutorado;
- b) houve participação dos orientadores e coorientadores na discussão sobre o processo de codificação e seleção de categorias;
- c) trabalhou-se com livro de códigos, em anexo;
- d) usou-se software de apoio, Atlas TI, para aprimorar a técnica de codificação e categorização;
- e) o processo de pesquisa foi descrito ao longo desta tese, assim também como algumas premissas, sendo coeso em relação aos valores do pesquisador

implicados no trabalho.

Foram respeitadas as fases de análise de conteúdo proposto por Bardin (2008):

- a) Pré-análise;
- b) exploração do material;
- c) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

Esta pesquisa optou por um modelo híbrido de análise temática utilizando uma estrutura de códigos pré-estabelecida, permitindo durante o processo de leitura do material a inclusão de novas codificações. Justifica-se o modelo híbrido para preservar o aspecto criativo e de *insight* possível durante o processo de pesquisa. O método dedutivo utiliza formas preestabelecidas e o indutivo não parte de codificação preexistente, tal como discutido abaixo (Friese et al., 2018, p. 9 tradução própria):

Dependendo do tipo de análise de conteúdo temática usada, os dados podem ser analisados indutivamente ou com base na teoria de forma dedutiva de cima para baixo. A análise indutiva é orientada por dados e o analista não tenta encaixar os dados em um quadro de codificação pré-existente. Os códigos não mapeiam as perguntas feitas aos participantes, refletem as respostas dadas pelos participantes da pesquisa; os temas identificados são derivados dos dados. Isto, contudo, não significa que os dados sejam codificados num vácuo epistemológico. Como discutido anteriormente, os investigadores precisam de clarificar o seu ponto de vista teórico e epistemológico subjacente.

Os atributos da APS representam códigos pré-existentes (em anexo), mas também foi aberta a possibilidade de serem encontradas novas categorias a partir dos dados, sem limitar, assim, a possibilidade de encontrar novas respostas para a pergunta de pesquisa.

Ao longo do texto, é possível identificar o corpus da pesquisa, ou seja, "o conjunto dos documentos que serão objeto da análise de conteúdo" (LIMA, 2014). A unidade de registro, objeto de recorte para análise, foram as falas dos entrevistados nos grupos focais e ESE, e os parágrafos no caso das políticas de saúde. A partir do teor semântico do conteúdo das unidades de registro, foram atribuídos códigos, sejam códigos pré-selecionados (atributos da APS), sejam códigos novos. O corpus da pesquisa foi formado por:

Grupos focais:

- a. Grupo Focal I
- b. Grupo Focal II
- c. Grupo

Entrevistas semiestruturadas:

- a. Entrevista I
- b. Entrevista II
- c. Entrevista III
- d. Entrevista IV
- e. Entrevista V
- f. Entrevista VI
- g. Entrevista VII
- h. Entrevista VIII
- i. Entrevista XIX

Políticas de saúde nacionais e locais de maior relevância:

- a) Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade
- b) Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), de 2014;
- c) Portaria GM/MS n. 2.298 de 2021, que modifica a composição e os critérios de financiamento das equipes de Atenção Primária Prisional, previstos na PNAISP;
- d) Portaria Conjunta nº 18 de 24 de julho de 2023 - SES/DF e SEAPE/DF;
- e) Fluxo da atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade;
- f) Nota Técnica N.º 01-2023 - SES-SAIS-COAPS-DAEAP-GEISSP - Acolhimento para as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) acompanhadas pelas equipes de saúde no Sistema Prisional do Distrito Federal.

Para o processo de análise e codificação foi utilizado o Atlas TI, software desenvolvido por Thomas Muhr com objetivo de gerenciar uma grande quantidade de dados de pesquisa (Sorato et al., 2020). Criado entre 1989 e 1992 e comercializado em 1993, é uma estratégia para realização de análise de conteúdo, reunindo informação em um lugar, proporcionando segurança no gerenciamento de dados e eliminando tarefas manuais (Sorato et al., 2020). Isto permite gastar mais tempo analisando dados, embora as ferramentas do software não realizem análise dos dados, o que tem mudado com a incorporação de elementos de inteligência artificial. (Soratto et al., 2020).

Frise et al (2018) expõe como fica a análise de conteúdo a partir do uso do Atlas TI, não havendo conflitos com a proposta metodológica, como se pode ver no esquema

a seguir:

Quadro 6 - Fases da análise de conteúdo usando o ATLAS.ti

<b>Fases da Análise Temática de Conteúdo</b>	<b>Etapas no ATLAS.ti</b>
Primeira fase: pré-análise.	Criando o projeto Adicionando documentos Agrupando documentos em grupos de documentos Escrevendo os primeiros memorandos ("memos") no projeto geral visando incluir as perguntas de pesquisa
Segunda fase: exploração do material	Lendo os dados, selecionando trechos dos dados e criando citações Criando e aplicando códigos Escrevendo memorandos e comentários Agrupando códigos e memorandos
Terceira fase: interpretação	Explorando os dados codificados usando várias ferramentas de análises Conectando citações, códigos, memorandos no nível conceitual Continuando a escrita de memorandos Gerando visualizações de rede Extraindo relatórios

Fonte: Frise (2018, p. 111, tradução própria).

O livro de códigos foi criado dentro do próprio software, assim como as categorias incorporadas durante a leitura do material, assim como a mesclagem e exclusão de categorias, explicitadas em anexo.

A decisão sobre a codificação foi feita a partir do pesquisador-autor desta tese. Houve formação em pesquisa qualitativa durante o curso de doutorado, havendo experiência prévia com pesquisa qualitativa, análise de conteúdo de Bardin e grupos focais no mestrado. Não participaram outros codificadores. No entanto, para dar robustez ao processo de codificação, as categorias foram apresentadas a orientadora e ao coorientador, para que fossem validadas, discutidas e refletidas. Ambos doutores trabalham com pesquisas em saúde e têm experiência com pesquisa qualitativa.

Na fase de exploração do material pode-se resumir que as políticas de saúde foram extraídas de sites oficiais governamentais; as entrevistas e grupos focais foram gravadas com o aparelho SONY ICD-UX570F, próprio para esta finalidade e depois transcritas com apoio de inteligência artificial, a partir do aplicativo transcritor de áudio Transkriptor, em sua versão PRO, para que fossem utilizadas todas as suas funcionalidades. Após a transcrição, foram feitos manualmente os ajustes de erros no processo inicial de transcrição para melhor uso do material. Os arquivos de áudio

foram arquivados em e-mail específico, criado para a pesquisa, assim como os termos de consentimento livre e esclarecido, para cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e as previsões dos Comitês de Ética e Pesquisa na orientação do armazenamento de dados por 5 anos.

Foi feita a leitura flutuante e fez-se a opção por atribuir códigos a cada parágrafo para atribuir valor semântico às partes de entrevistas, grupos focais e políticas.

A codificação, como anteriormente citada, foi feita pelo autor desta tese e discutida com orientador e coorientador, a fim de validar um conjunto de códigos por critérios de frequência de ocorrência e por relevância. Cruzaram-se os achados com notas do diário de campo, pois a ocorrência e a não ocorrência de determinados temas e assuntos também são objetos de análise.

A partir de proximidade semântica, chegou a uma categorização, que optou por manter os atributos essenciais da APS: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Os atributos derivados foram divididos e novas categorias emergiram do campo: território, cultura e comunidade; família, saúde mental, relações interpessoais e vínculo. Esta escolha envolve o fato de que o trabalho da equipe de saúde pode ser exposto e observado a partir destes atributos, relacionando, de um lado, o que é o trabalho da APS e, por outro, o que é o cotidiano desses serviços de saúde. Acresce-se o fato de que outras categorias poderiam estar dentro destes atributos, mas que pelo destaque que tiveram assumiram novas categorias per se.

Em linhas gerais, o limite é que cada atributo pode suscitar um conjunto amplo de perguntas e investigações. Considerando as limitações da pesquisa, o trabalho focou na análise das estratégias e práticas dos trabalhadores com base nos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo não foi avaliar a APS Prisional ou verificar a conformidade dos serviços com esses atributos. A pesquisa buscou relacionar as políticas e diretrizes (o trabalho prescrito) com o trabalho vivo cotidiano, que emerge por meio da observação e das falas dos participantes. Dessa forma, o estudo se posiciona fora do escopo típico dos estudos de avaliação, pois seu propósito foi além de simplesmente verificar se o trabalho estava sendo executado ou não. Caso este fosse o objetivo, instrumentos de medição como o PCAtool seriam mais adequados do que a pesquisa qualitativa proposta. O estudo também não se propôs a ser de avaliação, embora análises e reflexões possam também sugerir em algum grau juízos de valor.

Os conceitos dos atributos mostraram-se fortemente inter-relacionados,

tornando desafiador delimitar os contornos entre eles. Para enfrentar essa dificuldade, adotou-se uma codificação inicial mais direcionada a questões específicas. No entanto, durante as entrevistas e grupos focais, emergiram questões diversas que refletiam essas interseções entre os atributos. Assim, um trabalho posterior de codificação cuidadosa foi fundamental para capturar e representar adequadamente a riqueza dessas falas e os detalhes que surgiram.

Abaixo estão expostos o Livro de Códigos e a categorização final:

Quadro 7 - Livro de Códigos

Codificação	O que é	Enfoque
Acesso	A APS é porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Ou seja, é o primeiro ponto de contato do indivíduo quando ele necessita de cuidados, seja para prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação. A APS deve ser acessível, tanto em termos de disponibilidade geográfica quanto de oferta de horários e serviços. Esse acesso oportuno e facilitado é crucial para garantir que as demandas de saúde da população sejam atendidas de maneira precoce e eficiente, evitando a fragmentação do cuidado ou a busca direta por serviços especializados sem a mediação inicial da atenção primária.	Estratégias para que o usuário chegue ao serviço de saúde, tanto para urgências, emergências, quanto para outras condições e agravos.
Coordenação do cuidado	A APS é entendida como organizadora do cuidado dentro do sistema de saúde, atuando como um ponto central que coordena as diversas ações de saúde, sejam elas realizadas dentro da própria unidade ou em serviços especializados. Isso inclui tanto o encaminhamento de pacientes para outros níveis de atenção quanto o acompanhamento após essas consultas ou intervenções, garantindo que o cuidado seja integrado e não fragmentado.	Coordenação das ações para que o usuário transite no sistema de saúde e tenha um itinerário compatível com suas necessidades
Integralidade	A integralidade implica em abordar a saúde de forma abrangente, considerando todas as dimensões das necessidades de saúde dos indivíduos. Além disso, implica no reconhecimento do paciente como um ser integral, ou seja, compreendendo sua saúde física, mental e social como aspectos interligados. O profissional da APS deve ser capaz de identificar e tratar uma ampla gama de condições e, quando necessário, encaminhar o paciente para outros níveis de atenção de forma coordenada, garantindo que nenhum aspecto relevante para a saúde da pessoa seja negligenciado.	O enfoque foi nas estratégias de comunicação da equipe para que haja um olhar não fragmentado (integral), com atenção a questões como o registro de informações e trocas entre os profissionais para organizar ofertas e planos de cuidado.

Longitudinalidade	Refere-se ao cuidado contínuo e sustentado ao longo do tempo, caracterizado pela construção de uma relação de confiança entre o paciente e os profissionais de saúde. A continuidade permite conhecer o histórico de saúde, o contexto social e as preferências do paciente, resultando em cuidados mais eficazes. Destaca-se centralidade do vínculo e da comunicação entre profissional e paciente, promovendo melhores desfechos clínicos e maior satisfação no cuidado.	O enfoque foi nas estratégias propostas pelos profissionais para que os pacientes que precisam de contatos frequentes retornem aos serviços de saúde. Isso inclui linhas de cuidado, mas também toda e qualquer condição que precise de acompanhamento no serviço de saúde.
Competência cultural	Conjunto de comportamentos, ações e políticas de saúde em que sistemas, serviços e profissionais atuam de modo congruente para o reconhecimento e a inclusão da diversidade cultural em contextos multiculturais de prestação de cuidados e para o enfrentamento das iniquidades em saúde a partir também do reconhecimento dos desequilíbrios de poder.	Enfocou-se em entender como os profissionais percebem que a cultura e os modos de vida influenciam no trabalho.
Orientação familiar	Considera o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde.	Buscou-se refletir sobre as formas que a família das pessoas privadas de liberdade está ou não presente no cuidado ofertado pelas equipes de saúde.
Orientação comunitária	Reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade de forma participativa, visando planejamento e o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde.	Perguntou-se aos profissionais como as pessoas privadas de liberdade influenciam na organização do trabalho das equipes de saúde, seja numa participação formal ou informal, mas como participam e influenciam nesta organização.

Fonte: O autor, 2024.

Quadro 8 - Categorias e subcategorias analíticas após codificação

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Acesso	Formas de acesso
	Barreiras e dificuldade de acesso
Coordenação do cuidado	Itinerários na rede de atenção à saúde
	Relações intersetoriais
	Equipe ampliada

Integralidade	Trabalho em equipe
	Resolutividade e práticas de cuidado
	Discussão e gerenciamento de caso
Longitudinalidade	Cuidado de condições crônicas
	Comunicação interna e estratégias de continuidade
Território, cultura e comunidade	Determinantes sociais
	Competência cultural
	Participação social e autonomia
Relações interpessoais no cuidado/vínculo	Vínculo e desconfiança
	Assimetria das relações
Saúde mental	Efeitos do encarceramento
	Dilema controle x cuidado
	Luto da privação da liberdade
Família	Papeis da família no cuidado
	Relações das equipes com as famílias

Fonte: O autor, 2024

Nos resultados, expõe-se a interlocução das técnicas de pesquisa utilizadas, de forma a permitir que se compreenda a argumentação, fazendo contato com o cotidiano a partir de narrativas, refletindo sobre as estratégias escolhidas pelos trabalhadores a partir de trechos das previsões das políticas nacional e local.

Assim, cada categoria analítica tem ao menos uma ou duas narrativas de apoio, que são histórias vividas pelo autor, retiradas do diário de campo, modificadas de forma a preservar a identidade dos personagens, fazendo mesclas de situações que preservem o conteúdo, mas não permitam o reconhecimento por outras pessoas da situação real.

Cada categoria de análise começa com as narrativas ou trechos narrativos e continua com as discussões a partir das falas dos grupos focais, identificadas como GF, e entrevistas semi-estruturadas, identificadas como ESE. Os participantes foram listados como números, mas não foram expostas as categorias profissionais. Embora pudesse favorecer ao leitor saber a categoria profissional de quem fala, também seria difícil preservar o sigilo, pois não são tão numerosos os profissionais por categoria a

fim de permitir este grau de exposição. Dessa forma, a pesquisa se mantém coerente com seu termo de consentimento apresentado aos participantes.

## 7. RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa sobre a saúde prisional, organizados em torno de oito categorias analíticas: Acesso, Coordenação do Cuidado, Integralidade, Longitudinalidade, Território, Cultura e Comunidade, Relações Interpessoais e Vínculo, Saúde Mental e Família. Cada categoria é explorada em detalhe, revelando como os trabalhadores da saúde prisional enfrentam os desafios do contexto carcerário e as estratégias que adotam nas práticas cotidianas. A análise busca compreender as interações complexas entre os atributos da Atenção Primária à Saúde e o ambiente prisional. Além disso, a discussão será entremeada com as falas dos participantes e as narrativas do diário de campo do pesquisador, estabelecendo uma interface com as políticas de saúde vigentes e a literatura existente no campo, o que enriquece a compreensão dos resultados e sua relevância no contexto estudado.

- a) **Acesso**
- b) **Coordenação do cuidado**
- c) **Integralidade**
- d) **Longitudinalidade**
- e) **Território, cultura e comunidade**
- f) **Relações interpessoais e vínculo**
- g) **Saúde mental**
- h) **Família**

### 7.1 Acesso (Do catatau ao bonde: acesso na APS Prisional)

Acesso	Formas de acesso
	Barreiras e dificuldade de acesso

#### 7.1.1 Cadeira verde

*No consultório da UBS em que atuo há sempre o mínimo de três cadeiras. A minha cadeira, confortável, giratória e acolchoada. A do policial, variável, localizada*

*na entrada da sala de atendimento, preta, acolchoada, às vezes com encosto, a depender do seu estado de conservação. Não gira. Aquela das pessoas privadas de liberdade é a cadeira verde, de fibra de vidro, sem acolchoado, não gira. Parece digna, mas é diferente das outras.*

*Por vezes algum profissional de saúde, policial ou funcionário da limpeza pede atendimento. Das queixas mais simples a questões complexas. E eu sempre fico curioso. A pessoa vai sentar na cadeira verde?*

*Sentam ali pessoas. Em sua maioria pessoas privadas de liberdade. Os prismas de quem são variam. Posso vê-las como pessoas em conflito com a lei. Posso dizer que vestem uniforme branco ou verde. Que habitualmente estão algemadas. Podem ter cometido homicídios, furtos, feminicídios. Podem ter filhos, família. Amam e às vezes ficam estressadas.*

*Pessoas que podem estar isoladas de seus afetos, que destruíram suas famílias ou até mesmo prejudicaram a si próprias. Que sofrem violência institucional. Pode ser que precisem mesmo de ajuda para viver em sociedade.*

*Pensando numericamente, a maioria das pessoas livres senta na cadeira verde. Não tenho dados. Esses dias estava uma dupla de profissionais, um deles disse: “Não senta na cadeira verde. Um preso sentou aí.” A pessoa agradeceu. “Ah, sim. Obrigado”.*

*Perdi os primeiros momentos da consulta. Fiquei pensando o que representa sentar na cadeira verde.*

*(Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

Essa categoria de análise “Acesso” corresponde ao atributo da APS de Primeiro contato, já definido aqui como “acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde” (Starfield, 2002). A dificuldade de acesso à saúde das PPL é um tema de discussão recorrente na literatura brasileira (Sánchez et al., 2016; Minayo; Ribeiro, 2016; Santos et al., 2021; Valim et al., 2018; Lermen et al., 2015; Martins et al., 2014).

Neste tópico, buscou-se discutir por quais meios as pessoas privadas de liberdade chegam até a equipe de saúde, principalmente para compreender como é o primeiro (ou os primeiros) contatos quando as pessoas privadas de liberdade necessitam de atendimento por quaisquer razões em que considerem importante a escuta da equipe de saúde.

Em geral, tanto nas entrevistas como nos grupos focais, as falas dos participantes da pesquisa apontaram para múltiplas formas de acesso, que por um lado visam vencer as barreiras de acesso identificadas, por outro geram dificuldades em equilibrar a balança da necessidade e da oferta.

Em geral, tanto nas entrevistas como nos grupos focais, as falas dos participantes da pesquisa apontaram para múltiplas formas de acesso, que por um lado visam vencer as barreiras de acesso identificadas, por outro geram dificuldades em equilibrar a balança da necessidade e da oferta.

Também cabe dizer que o agendamento, chamado pelos profissionais de "pauta", tem uma função importante. Todas as vezes que uma pessoa presa precisa ir ao serviço de saúde, uma complexa logística deve ser operacionalizada pelos policiais penais, com tarefas como abrir e fechar celas de diferentes blocos e alas e escoltar em segurança no trajeto entre blocos, até chegar a Unidade Básica de Saúde. Significa, por exemplo, a depender de cada unidade, transitar de um prédio a outro com uma ou várias pessoas presas por um efetivo limitado de policiais, o que segue um protocolo de segurança de escoltantes mínimos para garantir a segurança de todos e prevenir incidentes, como fugas e brigas.

Assim, o trabalho da saúde é limitado pelo número de policiais escoltantes disponíveis, pelo espaço nas celas de espera nas unidades de saúde (chamados "corrós"<sup>14</sup>) e pela possibilidade ou não de interação entre um certo grupo de pessoas presas, que podem ou não, por motivos de segurança, dividir o mesmo espaço com os demais.

O espaço na agenda para os atendimentos não é calculado igualmente pelas equipes de atenção primária prisional se comparado às equipes de Estratégia de Saúde da Família. Para o agendamento de PPL, há um tempo no turno gasto com a espera do deslocamento entre as celas até a UBSP, o tempo entre a disponibilidade de um escoltante para retirar da cela de espera (corró) até o consultório e o trânsito dentro da unidade quando uma mesma pessoa precisa não somente de consulta, mas de coleta de exames, medicações injetáveis ou mesmo ser atendida por outros profissionais no mesmo dia. Significa que a cada movimento dentro da UBSP, essa PPL é escoltada.

---

<sup>14</sup> "Corró": termo usado para cela de espera nos presídios masculinos e femininos do Distrito Federal. Diniz (2015) atribui o termo como uma derivação de cela correccional, espaço usado na ditadura para aguardar interrogatórios.

Então, caso o médico encaminhe para a realização de uma medicação injetável, seu

próximo paciente só chegará caso esse mesmo escoltante tenha terminado essa escolta dentro da UBSP ou caso haja outro policial disponível para todas as salas da UBSP. Assim, uma agenda feita a cada 15 ou 30 minutos, por exemplo, deve considerar que parte dessa consulta é tempo gasto com a logística desta PPL nesse itinerário prisional.

O acesso, então, já é organizado a partir das possibilidades logísticas da instituição penal, especificamente do regramento ofertado pela polícia penal, assim como espaço físico da própria Unidade Básica de Saúde Prisional. Nas unidades visitadas, a própria arquitetura de cada presídio e de cada UBSP varia de acordo com a época em que foi construído, assim como as reformas por que passou ao longo do tempo, diferentes entre si. Todos esses fatores parecem limitar ou possibilitar um número maior de pessoas atendidas.

Abaixo estão listadas as estratégias que parecem ser a base do acesso e primeiro contato na atenção primária prisional do Complexo da Papuda:

- a) catatau (bilhete);
- b) definido/mediado pelo policial penal;
- c) por via judicial;
- d) demandas identificadas no território (mutirões e atendimentos/ações coletivas, grupos e outras ações de busca ativa);
- e) bondes/acolhimento de chegada e saída (na chegada no presídio e em cada transferência de um presídio para outro);
- f) demandas solicitadas pelos familiares;
- g) encaminhamentos internos (por outros profissionais da equipe de saúde).

### 7.1.2 Bonde

As chegadas e saídas desde o momento em que a pessoa é presa, entre presídios, assim como seu momento inicial de chegada e sua saída são chamados de bonde. Nas políticas de saúde prisionais do DF, o termo preferencial é “acolhimento”, com significado similar ao termo “bonde”, embora com algumas nuances, pois há um detalhamento de cada fase do acolhimento previsto para ocorrer nas unidades de saúde. O acolhimento é a tecnologia de cuidado prevista na política, enquanto o bonde corresponde à transferência coletiva de presos em grupo e também é o nome que os

profissionais atribuem na prática ao acolhimento ("fazer o bonde").

O acolhimento nas UBS-Prisionais é uma ferramenta assistencial de cuidado, que visa proporcionar acesso e resolutividade, promovendo a escuta qualificada, o diagnóstico, o tratamento precoce, aconselhamento, bem como levantamento da situação epidemiológica de saúde das PPL

(...)

O acolhimento deve ocorrer em todas UBS-Prisionais, envolvendo todos os profissionais que compõem as equipes.

(...)

O acolhimento no sistema prisional do DF será configurado em 3 tempos (primeiro, segundo e terceiro), sendo tal conduta justificada em razão das diferenças nos processos de trabalho em relação aos demais serviços de saúde da rede SES/DF (SES- DF, 2023).

De acordo com a Nota Técnica SEI-GDF n.o 5/2018 -

SES/SAIS/COAPS, o acolhimento humanizado de saúde deve ocorrer em todas UBSP, sendo iniciado na

DCCP da Polícia Civil (PCDF), preferencialmente, após as audiências de custódia, estabelecendo sua continuidade nas UBSP de acordo com a movimentação das PPL nos estabelecimentos penais (GDF, 2022).

O acolhimento e o bonde são atribuídos como estratégicos tanto pela política quanto pelos profissionais, pois é nesse momento que a equipe realiza identificações como doenças crônicas em tratamento, problemas agudos de interesse coletivo, como suspeita de tuberculose e COVID-19, doenças agudas que precisam ser imediatamente vistas; riscos para a saúde mental, como transtornos mentais, risco de suicídio, transtornos de adaptação e abstinência ao uso de substâncias psicoativas.

*Bom, no sistema prisional, como um todo, acho que é importante a gente falar isso, o primeiro contato com o interno é no bonde, né? A gente faz esse acolhimento no bonde e pergunta se tem alguma queixa de saúde, se tá fazendo algum uso de medicamento, alguma doença crônica e daí a gente depois repassa para os profissionais (GF3, P15).*

*A nossa unidade é uma unidade de entrada de presos, recebe os presos que estão chegando. Então, o primeiro contato que a gente tem é o bonde, os presos que entram, que a gente acolhe todos os internos que chegam no bonde, que chegam recambiados para cá, que vêm da Polícia Federal, todos passam, a princípio, pela equipe de saúde, que é uma avaliação geral. Essa avaliação para compreender se tem alguma doença, se faz algum acompanhamento e conhecer quem tá chegando. A segunda forma de acesso ao trabalho, à equipe de saúde, é através do catatau. A equipe se organiza, tem os responsáveis para cuidar do catatau de cada bloco. Então, semanalmente, a gente busca esse catatau, a gente lê e a gente distribui para os profissionais. A gente lê, verifica a demanda e encaminha para cada profissional (ESE, P5).*

*Então a gente tem o bonde de chegada, que a gente tem um instrumento próprio para a gente anotar as demandas deles, algumas características. Então a gente coloca na pauta prontuário, bloco, nome do interno, a queixa, de onde que tá vindo, é isso, então se é do bonde, se é do grupo, porque durante a realização dos grupos eu abro um espaço pra eles falarem de alguma queixa e se eu não conseguir resolver ele na hora eu converso com o profissional pra fazer um agendamento (ESE, P3).*

O manual *Prisons and Health*, da Organização Mundial da Saúde Europa (OMS, 2014), sugere as seguintes perguntas para avaliação das pessoas presas na chegada à instituição:

1. Quais são os principais problemas de saúde do preso como um paciente?
2. O paciente representa um perigo para si mesmo?
  - *Ele/ela tem uma doença grave ou está se retirando de uma dependência de uso indevido de substâncias ou de medicação correta?*
  - *Ele/ela corre risco de automutilação ou suicídio?*
3. O paciente sofreu lesões ou maus-tratos durante a prisão ou detenção?
4. O paciente representa risco ou perigo para outras pessoas?
  - *Ele/ela tem uma doença facilmente transmissível que coloca outras pessoas em risco?*
  - *O seu estado mental está a torná-lo uma ameaça ou suscetível de ser violento? Nota: os profissionais de saúde prisionais devem avaliar o risco do paciente para outras pessoas apenas por motivos de saúde* (OMS, 2014, p.175).

Durante a pandemia, os bondes de transferência, especialmente aqueles provenientes de pacientes que estavam em liberdade, foram essenciais para identificação precoce de pessoas sintomáticas com a COVID-19 e houve uma organização importante da equipe de saúde do Complexo da Papuda com essa finalidade.

A comunicação da equipe de saúde é importante para garantir que os medicamentos de uso crônico sejam continuados na chegada, caso contrário, haverá descontinuidade de tratamentos realizado pelas pessoas privadas de liberdade antes do aprisionamento. Por isso, a comunicação efetiva é um item de segurança do paciente. É também importante a efetividade da comunicação entre equipes de saúde de diferentes UBSP, pois ao ser transferido de um presídio para outro, o serviço de saúde deste estabelecimento penal precisa identificar que há uma necessidade de continuidade de tratamentos para que a dispensação de medicamentos e insumos continue acontecendo. Estas questões serão trazidas também no capítulo "Coordenação do Cuidado".

Caso uma pessoa chegue ao presídio e não possa informar, por exemplo, que usa antihipertensivos e antiretrovirais, estes medicamentos não serão dispensados, nem os profissionais terão em suas listas essa pessoa para acompanhamento regular de suas condições crônicas. Esta fala sintetiza a logística de um bonde:

*Aí todo bonde, a gente pega a lista dos internos, coloca nessa planilha e imprime e na aba a gente coloca o nome de quem fez o bonde pra também ter um saber assim, se também tá lançando e tal, né? Então fica disponível no nosso drive. Então a gente costuma ter uma escala de bonde também. Então, nas reuniões de equipe, um mês antes, a gente já faz a escala de*

*quem vai fazer o bonde de entrada, quando, o dia, né? O bonde de saída, pra já ter esses ajustes (ESE, P3).*

Os bondes ficaram ainda mais relevantes na emergência da pandemia da COVID-19, mas também de outras doenças infecciosas, como outras gripes, monkeypox e dengue. Sua função é de triar e garantir que as pessoas que cheguem ao sistema prisional doentes sejam rapidamente identificadas e que aquelas com doenças transmissíveis sejam isoladas, a fim de prevenir o adoecer dos demais que estão confinados, considerando o risco de rápida contaminação, a depender do agente etiológico e da patologia.

A política sobre acolhimento no sistema prisional do DF (2023) argumenta que "muitos dos problemas de saúde apresentados são de origem infecciosa e devem ser contidos na admissão da PPL no sistema prisional, evitando a disseminação de doenças nas unidades prisionais" (SES-DF, 2023, p.1).

Tal política prevê, então, essas funções, tanto de orientações gerais de saúde quanto de identificação de agravos:

Contato inicial com o usuário, a ser realizado na “porta de entrada” do sistema prisional, pela equipe de saúde multiprofissional da unidade (equipe de Atenção Primária Prisional - eAPP), apresentando a Carteira de Serviços, através de exposição dialogada, rápida e objetiva em grupo. Serão abordados temas para prevenção em saúde, e orientação dos principais agravos decorrentes do confinamento, higiene pessoal, saúde bucal, saúde mental, entre outras;

[...]

Primeiro atendimento individual imediato para os casos de urgência/emergência, sintomáticos respiratórios, constatação de doenças infectocontagiosas no momento do ingresso (SES-DF, 2023, p1).

### 7.1.3 Catatau

*Mas o que é o catatau?*

*Resolvi buscar no Google e encontrei algo que não tinha a ver com os bilhetes da cadeia, mas com o antigo desenho animado do Zé Colmeia. Achei o trecho metafórico e talvez tenha alguma relação com o bilhete usado na cadeia:*

a) *Como o catatau fala?*

b) *Um grito contido bem pequeno. É como se você quisesse chamar a atenção de uma pessoa que está longe, só que você precisa reduzir o volume desse grito o máximo que puder (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

\*\*\*

*Um pedido de ajuda. Um policial entra na minha sala e pede ajuda: “Doutor, recebi esse bilhete.” (...) Tudo na cadeia é catatau. Pedido de atendimento na saúde, colchão, carta para a juíza, família. Tudo é catatau. Em geral não é papel. É verso de caixa de suco (Narrativas do autor, diário de campo).*

*“Tudo na cadeia é catatau.”* Este excerto, retirado do diário de campo deste pesquisador, ilustra que a lógica de enviar bilhetes para pedir algo não é exclusividade da saúde. O bilhete, que aqui será descrito em sua palavra local usada nos presídios, ou seja, catatau, é uma forma de pedir itens para o policial responsável por emprestar livros, fornecer roupas, televisores, melhorar estruturas, trocar o tipo de alimentação. As PPL também enviam catataus para juízes da Vara de Execuções Penais (VEP), por vezes digitalizados e anexados no processo, pedindo tempo restante de pena, denunciando violações, dentre muitas possibilidades.

No caso da saúde, o catatau é enviado para as equipes em urnas dispostas em áreas do pátio, durante o banho de sol, embora também seja entregue em qualquer contato com policial ou profissional de saúde transeunte em atividades como visitas em cela, ações coletivas, dentre outras. O mais frequente é que a equipe de saúde recolha semanalmente o conjunto de catataus depositados nas urnas do pátio, façam uma leitura para triar e decidir internamente qual profissional pode melhor ajudar na questão descrita no texto do bilhete.

*Eu, normalmente, a maioria das vezes faço a coleta e a triagem dos catataus, e aí distribuo para as categorias [profissionais]. E eu vejo que tem uns que repetem assim infinitas vezes. É a mesma demanda, mas aquele interno teve acesso ao catatau repetidas vezes, e eu acredito com certeza que outros que também precisem não estão tendo acesso ao catatau (GF2, P.11)*

*Então é pelo que tá escrito ali. Então é isso, o atendimento é feito pelo catatau, a entrega dele fica no pátio. Em alguns blocos eles têm um papelzinho, blocos que têm escola, eles têm caneta e tal. Os outros que não têm, eles pegam o papelzinho mesmo do suco que eles bebem e escrevem ali no verso a demanda deles e colocam numa caixinha no pátio, na hora que eles vão pro sol. E aí a gente passa uma vez por semana recolhendo. E é isso, assim, são muitas demandas, os catataus vão se aglomerando, e aí a gente senta para ler (ESE, P8).*

E na operacionalização de muitos métodos de acesso, pode acontecer de um mesmo catatau ser atendido de forma duplicada, por mais de um profissional, ou o

paciente chegar até a unidade de urgência e novamente na mesma semana por agendamento via catatau.

*Tem caixinhas pra chefe de pátio, demandas pedindo classificação [nome dado para aquele que trabalha no presídio], coberta, outras coisas, e saúde, outra caixinha. Fica no bloco, no pátio do bloco, durante o banho de sol, eles depositam diariamente. E a gente faz a coleta, o recolhimento feito semanalmente, faz a triagem, que demanda um pouco de tempo, né, porque você tem que olhar cada caso a caso. Porque às vezes, assim, por exemplo, se eles depositam catatau numa semana e você coleta na quarta-feira. Só que ele já veio na segunda na unidade. Então, a demanda já foi atendida. E você marca de novo entre quinta e segunda. Então, tem que ter esse cuidado. Pra não agendar o que já foi atendido (GF2, P.11).*

Dois formatos foram encontrados. Um papel, disponibilizado pelos policiais penais, de tamanho de 1/8 de um papel A4, já com campos livres para preenchimento, incluindo nome, prontuário, localização no presídio, profissional que deseja solicitar atendimento e um campo para escrever sua queixa, com espaço de 8 a 10 linhas curtas, para no máximo um parágrafo curto. O outro formato é o livre. Neste o texto vem na face interior de caixas de suco, entregues diariamente na alimentação. Tem um aspecto de “papel de pão” pela cor amarronzada e em geral começa com introduções formais, a exemplo de clássica introdução de documentos judiciais, como:

“Venho por meio desta solicitar um atendimento...”

A diferença entre os formatos é que parece haver maior disponibilidade de caixas de suco do que de papéis, então não é incomum que uma mesma pessoa escreva mais de um bilhete, caso seu pedido de atendimento não seja atendido. Assim, imagine-se que enviando mais bilhetes, talvez seja mais ouvido. Ao mesmo tempo, a equipe precisa ler muitos catataus repetidos, em número maior, para completar a tarefa de triar aqueles que serão atendidos.

*Você tem aquele interno que escreve o catatau hoje, ele repete para ele amanhã, ele repete depois de amanhã, ele vai fazendo insistentemente. Como ele quer o atendimento, ele conta uma história mirabolante, não sei o que, para poder conseguir o atendimento. Quando a coisa já não é bem assim. Então, sempre tem uma defasagem entre o problema e o catatau. Então, tem muito joio nessa mistura, fica até difícil você poder avaliar. Então eu acho que o bilhete tem uma legitimidade, porque a pessoa está solicitando atendimento, ela está pedindo, ela está escrevendo, mas ao mesmo tempo ele não é um bom método de triagem (ESE, P6).*

As equipes demonstraram que nem sempre conseguem chamar todas as pessoas que demandam atendimento numa mesma semana. E existe certo atraso entre enviar um catatau, ter o catatau lido por um profissional de saúde, ter um agendamento a partir

do catatau e ter o agendamento cumprido e executado.

*Porque a gente lê a história, alguns a gente não consegue nem ler, tipo, eu vejo quando um cara manda muitos catataus repetidos, eu leio só um dele, eu não leio todos. Então assim, pô, pode ser que realmente ele é um cara super demandante, mas pode ser que em algum momento ele realmente tava com uma treta ali e eu nem li o catatau dele porque semana passada ele me mandou um outro catatau, uma coisa que eu não achei tão emergencial assim, e aí quando foi uma coisa realmente emergencial, passou batido pra mim, entendeu? Então, assim, eu vejo que tem muito uma questão de sorte, né? A gente tenta atender o máximo possível, a maior quantidade de pessoas, mas é isso. [...] A gente tem uma seletividade, não tem jeito, assim, você lê a história, aí às vezes eu vejo, ah, esse cara aqui o [médico] já tá atendendo, então nem vou olhar, esse cara aqui o [outro médico] viu mês passado, então vou dar prioridade pra esse aqui que nunca veio na UBS esse ano, por exemplo, e a gente nunca vai saber. A minha pergunta é, assim, eu fico sempre com isso, né, isso tá realmente justo, porque assim, a triagem, na verdade seria melhor se eu visse o cara, olhasse pra ele pelo menos, né? Mas a gente não tem esse contato prévio (ESE, P8).*

A escolha pelo uso do catatau, que é usado também para demandas do setor saúde, é para que o diálogo entre a PPL e a equipe de saúde não precise passar por intermediários. Não há um filtro nesta comunicação. Isso é um contraponto para o uso, por exemplo, exclusivo do policial penal como o carreador das demandas das pessoas presas. Caso não houvesse esse canal direito com a equipe de saúde, segundo os profissionais, haveria possível interferência do policial com outras questões relacionadas à segurança. Segundo os profissionais, pode haver divergência entre critérios relacionados à importância do atendimento da saúde para policiais penais e para profissionais de saúde. Tanto no campo da escolha da gravidade e urgência, que não é competência da polícia penal, como em outros aspectos. Por exemplo, se há uma pessoa presa com problemas disciplinares, se é reconhecida como perigosa, como causadora de confusões e/ou por hiperutilizar os serviços de saúde, policiais penais e profissionais de saúde podem usar critérios diferentes para decidir sobre a urgência do atendimento.

*Eu acho o acesso, o catatau, eu vejo um acesso bem democrático. Realmente essa é a forma que eu acho que quem precisa realmente pode se comunicar com os profissionais de saúde. Mas eu acho que também é um pouco precário porque depende de cada profissional estabelecer esse critério (ESE, P7).*

*E eu acho que se a equipe de saúde se preocupa em buscar, em recolher e não passar pela segurança, acho que é um meio mais rápido [...] eu acho que se a equipe de saúde busca, então, pelo menos uma vez por semana eu acho que tem um acesso razoável, principalmente para quem já é paciente, que a equipe de saúde conhece, é o acesso que é possível. [...] mas eu acho que, assim, não é não é perfeito e às vezes tem muitas demandas, por exemplo, demanda de problemas de dente e demanda de remédio pra dormir que dá uma poluída no canal, mas principalmente se você já*

*conhece o paciente, às vezes você consegue já pescar ali quem você quiser reavaliar [...] eu acho que pra paciente já conhecido, eu acho que ajuda muito. E outras queixas, pelas palavras-chave que a pessoa escreve, você, quem é da saúde, médico, enfermeiro, vai conseguir ver. Tosse, pé inchado, falta de ar, vai ver, às vezes, "tô tossindo sangue", "tô escarrando sangue". Eles às vezes dão uma aumentada [...] Então, pela palavra-chave que essa pessoa escreve, você sabe que provavelmente é alguma coisa grave (ESE, P2).*

Há divergências na capacidade do catatau ser preciso como triagem, além de sua efetividade em acolher demandas agudas, como febre, falta de ar, mal estar e dor, que precisam ainda de mediação do policial penal.

*Então a gente vinha deixando o catatau, mas realmente para demandas crônicas, basicamente não agudas. Só que aí, se a gente consegue, agora que a gente tá num momento em que a polícia penal tá com bastante escolta, dá pra gente tentar até algumas queixas mais agudas que vem via catatau. Então, o cara que tá com febre, tá com dor de cabeça, sei lá, tá com dor no joelho, a gente às vezes consegue, pegando o catatau, a gente consegue atender ele num prazo curto, que às vezes ele não vai chegar nem via demanda espontânea. Então é uma tentativa nova de atendimento via Catatau, que é o que deveria ser o primeiro acesso, porque daí você, basicamente, é como se você estivesse conversando direto com o paciente (GFI, P1).*

Embora não seja objeto desta tese analisar os funcionamentos da polícia penal, é importante dizer que existem policiais que organizam as escoltas e atendimentos da saúde, como um “setor saúde” dentro da estrutura da polícia penal, chamada Gerência de Atendimento ao Interno (GEAIT). O olhar desses policiais é mais direcionado para as questões de saúde e parece mais sensível às demandas da equipe de saúde.

Existem limitações no acesso à saúde por catatau, como pessoas que não sabem escrever, com transtornos mentais graves, os que não têm acesso a caneta e barreiras de acesso por relações de poder internas dentro da cela. Os profissionais mencionaram que, em algumas celas, existe um triagem do catatau feita por outras pessoas presas, para garantir que nenhuma informação indesejada por aqueles que dominam a cela seja passada adiante.

*E você tem aqueles que não tem condições, não sabem escrever, ou que não conseguem se comunicar... Por exemplo, um paciente que tem um transtorno psicótico, às vezes mais avançado, ou um transtorno depressivo, ele não vai fazer um catatau.[...] Por isso é que eu acho que o olhar da equipe, a equipe visitar a cela e ver ele aí, né? Seria o método melhor (ESE, P6).*

*Eu acho que até por uma questão de organização ali dentro da cela mesmo, acaba que o João, por exemplo, não tem acesso ao catatau como o Francisco tem. Não sei se por uma questão de liderança, como eles se organizam lá dentro, sabe? (GF2, P10).*

Nestas falas, é possível refletir que existem iniquidades no uso do catatau como acesso a papel, caneta, a eventuais dificuldades para entregar os bilhetes a equipe de saúde, ao letramento das pessoas privadas de liberdade e a dominâncias e barganhas entre as pessoas de uma mesma cela.

As demandas por via judicial, chamadas pelos profissionais de "ofícios", são solicitadas pelas PPL ou por familiares, peticionadas judicialmente na vara de execuções penais e analisadas pelo juiz (a) responsável. Se autorizadas, são encaminhadas ao diretor do presídio, que encaminha ao coordenador da GEAIT e da UBSP para que o profissional de saúde realize o atendimento. Em sua maioria, os pedidos são destinados para que médicos, odontólogos e psicólogos atendam e respondam no processo judicial encaminhado. Raramente, ou com menor frequência, outros profissionais são acionados por esta via, como enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

Os pedidos judiciais podem ou não ter prazo atribuído. Segundo os profissionais, o volume de pedidos judiciais gera uma demanda que concorre com os pedidos de catatau e os mediados por policiais. No entanto, é complexo não atender uma solicitação judicial, visto que a pessoa privada de liberdade é tutelada pelo Estado e a não resposta é um descumprimento de decisão judicial, podendo gerar problemas legais para o profissional de saúde. Se há demora no cumprimento dos pedidos judiciais, as demandas em saúde se modificam ou mesmo se resolvem, gerando atendimento possivelmente ineficientes, tardios ou que não são mais necessários. A proporção de agendamentos por pedidos judiciais e por outras vias é um dos desafios de equilibrar a balança do acesso.

*Tem um acesso também que é por meio judicial. Que é através de ofício, ou defensoria, ou advogado, entra em contato, e a juíza faz uma determinação judicial pra gente atender (...) o que eu percebo no meu atendimento é que eu faço, assim, eu mesclo, eu coloco assim, tipo, 70% judicial e 30% catatau (ESE, P7).*

Esse trecho ilustra a realidade de muitos profissionais, que destinam uma grande parte de seus atendimentos aos ofícios judiciais, por ter um peso de intimação, que necessita de breve resposta à Vara de Execuções Penais. Considerando que esses ofícios são solicitações geradas por advogados ou defensores públicos, muitas vezes, a partir da escuta de familiares, podemos pensar na possível iniquidade dessa forma de acesso, onde pessoas privadas de liberdade com uma rede de apoio familiar e jurídica apresentam maior possibilidade de acessar a saúde por essa via.

*(...) A meu ver, uma crítica que é também, a gente acaba tendo que rever prioridades com base em decisões judiciais. A decisão judicial com prazo faz passar à frente demandas que são, às vezes, biologicamente mais importantes para o nosso olhar técnico. Mas, às vezes, a gente vê demandas judiciais com prazo de 24 horas para serem respondidas (GF2, p. 10).*

Esse trecho reforça a priorização das demandas judiciais, muitas vezes em detrimento a outras demandas que poderiam ser mais relevantes e urgentes. Nesse caso, há novamente, uma possível lógica da lei dos cuidados inversos, onde quem mais precisa em determinado momento, pode não conseguir acesso.

*Além disso, tem a demanda dos catataus que a gente coloca, que a gente vai agendando, a demanda dos próprios colegas de equipe, das especialidades e da segurança, [...] ah, e os ofícios também. Aí durante a semana a gente vai ponderando, tentando distribuir o atendimento para ver se dá vazão a toda essa demanda (GF2, P5).*

Essa fala demonstra a necessidade de um processo de organização de agenda, buscando oferecer atendimentos às diversas formas de acesso, o que se assemelha aos desafios das equipes de saúde fora do sistema prisional, onde, em geral, a demanda em saúde costuma ser maior que a oferta. Uma especificidade importante do cenário da saúde prisional é que muitas dessas demandas chegam aos profissionais em forma de papel e documentos, como catataus e ofícios judiciais, considerando que os pacientes não podem acessar a unidade de saúde "livremente".

Outra possibilidade de acesso é a demanda solicitada por familiares, principalmente nos dias de visitas e entrega de insumos. Esse tipo de solicitação caracteriza-se por uma certa informalidade, considerando que não é uma solicitação direta da pessoa presa, tampouco há um documento oficiando as vias jurídicas. Nesse caso, há uma dependência direta da abertura de escuta por parte dos policiais, que selecionam as demandas que serão repassadas, também informalmente, às equipes de saúde. Importante ressaltar que se trata de mais uma possibilidade de acesso aos internos que possuem rede de apoio familiar, com familiares presentes e preocupados com seus entes privados de liberdade.

Alguns pedidos de atendimento surgem nos espaços de acolhimento em grupo ou em atendimentos por outros profissionais, que acolhem a demanda e repassam aos devidos profissionais. Nesses casos, abre-se um espaço de discussões de caso entre os profissionais da equipe e reforça o atributo da integralidade do cuidado.

*Porque a gente, durante o grupo, a gente observa se há necessidade de*

*atendimento com qualquer outro profissional (ESE, P1).*

*Porque ali [no grupo] a gente vê o interno, é o interno que ele tá mais solto pra falar sobre ele, pra falar sobre as demandas dele. Eu acho extremamente rico esse espaço [o grupo] para pedir atendimento (ESE, P5).*

Os grupos de acolhimento e atendimento coletivo psicossocial são potentes espaços para identificação de demandas de saúde para outros profissionais, por permitir uma fala mais aberta e acolhedora. Nessa fala, a profissional considera que o acolhimento de outras demandas de saúde nos espaços de atendimento em grupo, positivo para abertura desse acesso.

*Porque no próprio grupo, tanto no início quanto no final, eles me passam alguma demanda, que eles precisam. E aí, geralmente, no fim do grupo, eu converso com eles, eu peço pra cada um escrever um catatau, com suas demandas de saúde, e vou conversando com eles pra fazer uma triagem ali mesmo, e aí, dependendo da demanda, eu já vou repassando (GF3, P4).*

Essa fala demonstra um caminho para oferecer acesso nesses espaços de grupo, sendo mais um ponto de possibilidade de escrita de catatau, com fluxo direto para a equipe. Nesse caso descrito, o profissional parece oferecer uma escuta que já facilita a posterior triagem de catatau e repasse a outros profissionais da equipe. Aqui, podemos reconhecer diversas possibilidades para oferecer acesso, que parece ser facilitada quando há o encontro direto com o interno, onde esse profissional pode identificar e estratificar a gravidade das demandas em saúde.

Como existem barreiras de acesso para equilibrar a balança do acesso, as equipes criaram estratégias que permitam superar dificuldades, como o tamanho do efetivo policial e as dificuldades de deslocamento dentro do presídio. Assim, são realizados atendimentos no território em corredores (alas), próximas as celas, em que a logística é simplificada e operada por menos policiais penais. São chamados pelos profissionais os “mutirões”, que podem servir de escuta inicial, atendimento de queixas específicas (por exemplo, pessoas com queixas e doenças de pele), busca ativa de sintomáticos respiratórios, ofertas de testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis e campanhas de vacinação.

Os mutirões são estratégias usadas de forma recorrente, mas não parecem substituir atendimentos na própria UBSP, visto que a qualidade da escuta, da possibilidade de examinar e aprofundar as queixas apresentadas não é a mesma no contexto de atendimentos em alas, quanto em consultório. Se é difícil, por exemplo, realizar uma escuta adequada de uma queixa em saúde mental durante um mutirão, a

identificação de uma necessidade de saúde mental pode gerar um agendamento para consulta posterior, funcionando como uma escuta inicial, uma triagem ou mesmo uma classificação de risco.

A combinação destas múltiplas estratégias ilustra a complexidade de prover acesso com o mínimo de qualidade para escuta e elaboração diagnóstica e de plano de ação, dados elementos diversos do território. Durante o tempo no campo, observou-se também que as próprias pessoas privadas de liberdade sabem que algumas queixas são atendidas com mais prioridade. Embora não se tenha estudado as percepções das PPL neste estudo, o pesquisador observou durante o campo que os próprios pacientes relataram quais eram estas queixas. Automutilar-se, informar convulsão e referir picada de escorpião compunham alguns destes relatos. Mais à frente no tópico “Relações interpessoais e vínculo”, será abordado o aspecto ambíguo das queixas e dessa "desconfiança" diante das queixas trazidas com fins de barganha.

Uma forma de acesso também é o encaminhamento interno. Os profissionais informaram ter o hábito de dialogar sobre as demandas dos pacientes. Percebeu-se que há certa prioridade nos encaminhamentos feitos por colegas, uma vez que a pessoa foi atendida e sua queixa chegou de forma mais clara do que em bilhetes, por exemplo.

No caso da demanda para as equipes de saúde bucal, os profissionais destacam algumas diferenças:

*A maior parte da demanda odontológica é o agendamento, sim. Embora haja espaço, pelo menos para avaliar as demandas espontâneas ou as demandas do chefe de pátio. E eles, inclusive, já são devidamente instruídos a identificar quais são essas demandas. No caso, a principal delas é o rosto inchado (GF1, P7)*

O acesso para questões de saúde bucal é mais específico. Embora haja variações, há uma triagem dos pedidos por catatau, da mesma forma como são triados aqueles provenientes de demandas judiciais ou encaminhamentos internos. Há um campo no sistema de registro da administração penitenciária para que seja gerada uma lista com hierarquização da fila. Ou seja, na triagem são definidos os casos mais e menos urgentes, para que sejam chamados de acordo com o grau de urgência e gravidade. Argumenta-se que os tratamentos são mais demorados e se diferenciam do tipo de demanda de organização diferentes do que atendimentos para outros profissionais.

*Embora assim, a gente nunca vai achar um modelo específico que funcione para todas as unidades. Mas a gente meio que tenta abraçar isso. Existe mesmo pelo catatau uma demanda reprimida gigantesca, gigantesca. Por que é isso? A gente tem uma política de atendimento de, à medida que o interno senta na cadeira do dentista, nós já resolvemos todo o possível,*

*inclusive instruir ele para que ele tenha seu autocuidado, sua higiene, para que ele não retorne tão brevemente (GF1,P7).*

Neste excerto, novamente o caráter diferenciado da saúde bucal, expondo que os tratamentos buscam resolutividade, assim conseguem atender um número menor de pacientes por turno e precisam de mais contatos para um mesmo problema, com o objetivo de ser mais resolutivo dentro deste núcleo de conhecimentos e práticas. O profissional cita que sua abordagem de cuidado inclui orientações em saúde que podem prevenir novas queixas. Porém, precisamos considerar a possível dificuldade de acesso a insumos adequados de saúde bucal, como fio dental, por exemplo, que costuma ser um item não permitido nas unidades prisionais. Nesse sentido, o reconhecimento dessas especificidades do território é essencial para que os profissionais possam adequar suas orientações ao contexto de vida dessas pessoas.

#### 7.1.4 Urgências e emergências

É importante destacar que a APS é a principal porta de entrada para todas as redes temáticas prioritárias: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede Cegonha (RC); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC), exceto para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). (Pinto,2022) Nesse caso, as urgências e emergências têm como principais portas de entrada as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, os Serviços de Urgência 24 horas não hospitalares, as Portas Hospitalares de Urgência e as unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). (Pinto,2022).

No subsistema de saúde prisional do DF, as situações de urgência recebem atendimento inicial na UBSP e, quando necessita de encaminhamento para avaliação, propedêutica e/ou tratamento de maior complexidade, a pessoa presa é transportado para essas unidades de saúde (UPA, hospital), em viatura policial ou, em situações de descompensação clínica, em ambulâncias do SAMU. Para os casos que não apresentam risco de descompensação clínica, a polícia penal, sob responsabilidade da SEAPE, deve "garantir o transporte sanitário e a escolta para que o acesso dos presos aos serviços de saúde internos e externos se realize em tempo oportuno, conforme a

gravidade (GDF, 2022)".

A rede de urgência e emergência do DF dispõe de determinadas unidades hospitalares que são "referência" para a saúde prisional, por oferecerem estruturas de enfermarias específicas para essa população. Aqueles de referência tem uma estrutura, logística e efetivo policial para realizar a escolta dos pacientes internados em enfermarias; contam com espaços gradeados nas enfermarias para facilitar a observação pelas equipes da polícia penal. Assim, é incomum a internação em UPAs, sem adequação do espaço, embora este dado seja da observação empírica. Parece haver uma preferência para as internações em enfermarias gradeadas, as chamadas "papudinhas", que são seções prisionais em hospitais de referência.

Em caso de situações mais graves, o SAMU precisa ser acionado para transporte até a unidade externa. Mesmo com o transporte sendo realizado pelo SAMU, o interno ainda precisa de escolta, dentro da ambulância e fora, com viatura acompanhando durante todo o trajeto. Nessas situações de urgência que demandam transporte com ambulância, o próprio profissional de saúde realiza o contato para solicitá-la. Nos casos de situações de urgência que acontecem fora do horário de atendimento das UBSP, os policiais precisam decidir sobre esse acionamento da ambulância, considerando que não há um profissional de saúde disponível para essa avaliação inicial do paciente. Há um debate sobre esses fluxos, a nível de gestão local. Ademais, não há diretrizes específicas sobre a questão de urgências e emergências para o subsistema prisional na PNAISP.

Vejamos que há uma especificidade na organização da RUE na saúde prisional (Rede de Urgência e Emergências), rede temática que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no DF:

De acordo com as pactuações do Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência (RUE), as UBSP contam com o suporte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou do Corpo de Bombeiros Militar do DF (CBM/DF), e, no horário noturno ou finais de semana e feriados, o serviço poderá ser acionado pelos gestores prisionais, que são responsáveis pela escolta nos casos de remoção (SEAPE, SES, 2022, p.5)

Por questões de segurança e dada a situação de vulnerabilidade das PPL, há uma prioridade no atendimento para as PPL, considerando a busca pelo menor tempo de permanência nas unidades de urgência:

Pela Portaria N° 536, de 8 de junho de 2018 (Art. 5°), serão atendidos nos Serviços de Urgência e Emergência da SES/DF as PPL referenciadas pelas

UBSP do estabelecimento penal, que apresentem risco de morte ou suicídio, agitação psicomotora, catatonia, anorexia, estando ou não sob efeito de substâncias, e/ou sob contenção física, conforme protocolo de classificação de risco no DF no qual já garante classificação laranja, devido a condição especial de escolta (GDF, 2022).

As questões de saúde mental serão abordadas adiante, no tópico “Saúde mental”, no entanto vale o destaque para as urgências em saúde mental nesta seção. Há um fluxo próprio no itinerário deste paciente na Rede de Atenção à Saúde Mental (RAPS).

As UBSP são pontos de atenção para intervenção aos primeiros socorros de custodiados em sofrimento psíquico e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas, bem como, quando envolver situações de violência, entre outros aspectos. Na medida do possível, poderão ser encaminhados aos serviços de média complexidade (desde que as especificidades do regime penal permitam o seu acesso). No caso das urgências, estas serão atendidas pelas UPAs e Unidades Hospitalares de Referência quando necessário (GDF, 2022, p. 5). (GDF, 2022, p. 5).

Os principais achados deste tópico evidenciam que o acesso à APS prisional é permeado por múltiplas estratégias e desafios. As diferentes formas de acesso identificadas, como o "catatau" (bilhetes de solicitação), o "bonde" (acolhimento de entrada e transferência), demandas identificadas por policiais penais, vias judiciais, solicitações familiares, mutirões e atendimentos em grupos, refletem a complexidade de equilibrar a oferta e a demanda nesse contexto. A pesquisa mostrou que a logística e a organização do trabalho em saúde sistema prisional, incluindo a necessidade de escoltas e o espaço físico das unidades de saúde, influenciam diretamente a capacidade de atendimento e o tempo necessário para a realização de cada consulta, tornando o agendamento um processo multifacetado e adaptativo.

A narrativa destaca a "cadeira verde" como um símbolo da diferença no tratamento e na experiência de acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade em comparação com outras pessoas que também buscam atendimento nas unidades prisionais. A narrativa do diário de campo revela a intersecção de relações de poder, dignidade e a percepção da pessoa privada de liberdade como alguém que merece ou não um tratamento diferenciado. Esse aspecto simbólico ilustra como o ambiente prisional e seus mecanismos de controle podem impactar na percepção e na realidade do acesso à saúde, tanto para os profissionais quanto para os pacientes.

A pesquisa também identificou que o acesso à saúde prisional é limitado por

fatores logísticos e institucionais, como a disponibilidade de escoltas e espaços físicos, mas também por questões mais sutis, como a confiança nas demandas apresentadas pelas pessoas privadas de liberdade. A sobreposição de estratégias de acesso, como o uso do "catatau" e a priorização de ofícios judiciais, gera um cenário em que a eficiência e a qualidade do primeiro contato são constantemente negociadas. Essa dinâmica evidencia a necessidade de um olhar mais atento e integrado para o acesso na APS prisional, visando aprimorar a escuta qualificada, o acolhimento e a resolutividade dos serviços ofertados.

## 7.2 Coordenação do cuidado

Coordenação do cuidado	Itinerários na rede de atenção à saúde
	Relações intersetoriais
	Equipe ampliada

### 7.2.1 Oxigênio

*Era fim do dia e do turno da tarde. A unidade de saúde estava próxima do fechamento, quando recebi a notícia. Lúcio chegaria da internação às 18h. Isto acontece rotineiramente. Paciente com necessidade de saúde é internado, recebe alta e em seu retorno, o recebemos com as recomendações do tratamento realizado no hospital, a ser continuado.*

*Há uma diferença no caso de Lúcio. Durante a internação foi constatada necessidade de oxigenoterapia contínua.*

(...)

*No entanto, usar oxigenoterapia contínua na prisão não é algo trivial. Precisa estar inserido em algum programa de oxigenoterapia domiciliar. Precisa de condições ambientais/domiciliares adequadas, de preferência um cuidador, da família e do paciente para devida orientação do manejo dos aparelhos. O objetivo final é aumentar a autonomia da paciente e reduzir a necessidade de internações hospitalares.*

*Sim, mas o oxigênio que temos é um conjunto com carrinho de metal, um tubo de 1,3m de oxigênio. Como adequá-lo dentro de uma cela lotada? Se há uma preocupação com as facas feitas com a estrutura de metal da parede, imagine todo esse aparato? E com trocas frequentes dos tubos, alguém precisaria fazer uma supervisão contínua. Mas quem? Os policiais penais fariam a troca dos tubos nos horários em que a UBS estivesse fechada?*

*Claro que existem respostas e possibilidades, mas existe também muito receio de que algo dê errado; de que os tubos não sejam facilmente manejados; de que haja algum acidente ou explosão com conteúdo inflamável; de que seja usado de arma numa briga entre pessoas presas e por aí vai (Narrativa do autor, diário de campo, 2024 ).*

### 7.2.2 Abalo

*Sabendo disso, solicitei novamente uma tomografia. Iniciei medicação anticonvulsivante. Dias depois, as crises pioraram. Ajustei a dose. Dias depois, as crises mudaram seu padrão. Agora, para um padrão focal, em membro superior. Presenciei algumas. Acresci nova medicação.*

*Na consulta seguinte, déficit focal persistente. Alberto dizia que tinha um AVC e precisava de ajuda. Disse-lhe que era importante ir ao hospital investigar a causa.*

*No hospital, fizeram os exames e concluíram o diagnóstico. Neoplasia do SNC. Na mesma internação operaram, orientaram cuidados e liberaram. Agendaram retorno. Logo que chegou fiz a consulta pós-alta.*

*Uma convulsão na prisão pode ser um pedido por medicamentos psicotrópicos. Pode ser uma crise em saúde mental, referida e percebida como convulsão. Pode ser epilepsia sem tratamento. Podem ser outros diagnósticos. Muitos profissionais tendem a não acreditar nos relatos. Os profissionais da saúde ficam em confusão, desconfiam, acreditam. No caso de Alberto, não fosse a longitudinalidade do cuidado, agindo e observando a evolução do quadro, não haveria tratamento. O hospital também foi ágil. Entendeu a urgência e resolveu o problema sem correr riscos.*

*O itinerário no sistema deu certo (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

### 7.2.3 Itinerários

A categoria coordenação do cuidado segue este princípio da APS, definido como a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento (Starfield, 2002)..

Pinheiro (2014) define itinerários terapêuticos como caminhos que os indivíduos percorrem em busca de cuidado para seus problemas de saúde, articulando aspectos subjetivos, sociais, culturais e institucionais. Esses itinerários não são lineares, mas sim percursos complexos que envolvem escolhas feitas pelos indivíduos e suas famílias diante de suas percepções de saúde, doença e dos serviços disponíveis. Os itinerários terapêuticos incluem a articulação de diferentes redes de cuidado, que podem englobar o sistema formal de saúde (hospitais, clínicas, médicos) e outros sistemas de cuidado, como terapias alternativas, práticas religiosas e o apoio de familiares e amigos. Este capítulo busca também entender os percursos e fluxos de rede de pessoas privadas de liberdade.

No campo das políticas de saúde, a PNAISP (Brasil, 2014) prevê "a responsabilização conjunta das ações de saúde e segurança, na esfera federal, estadual e municipal". Esse trecho expõe que a intersetorialidade entre saúde e segurança é uma tônica permanente da saúde prisional, indissociável desde o campo macro até a relação micropolítica entre os servidores do sistema prisional.

Quando se aborda a coordenação do cuidado e o itinerário das PPL nas RAS, entende-se que a UBSP é a porta de entrada prioritária, "ponto de atenção e ordenadora das ações e serviços, articulando-se com outros dispositivos do território" (Brasil, 2014). Existe uma corresponsabilização entre saúde e segurança em todo o itinerário das PPL no SUS. Este termo itinerário, vale também o destaque, aparece de forma distinta na política nacional.

Na PNAISP, a corresponsabilização deve ocorrer em todo o itinerário carcerário (presos provisórios em delegacias, centros de detenção provisória, penitenciárias e medidas de segurança). Itinerário carcerário é todo o trajeto no cumprimento das penas em diferentes regimes (Brasil, 2014). O que difere de itinerário terapêutico, que é todo o percurso da pessoa privada de liberdade nas redes de atenção à saúde do sistema de saúde, independente do regime em que se cumpre pena. Essas definições não são um detalhe. Para que todo o percurso da pessoa privada de liberdade ocorra no SUS, em

todos os pontos de atenção que a pessoa necessita, para cada diferente agravo e necessidade em saúde, garantindo continuidade das ações em todos os presídios em que estiver lotado é preciso integração, diálogo e harmonias entre itinerários carcerários e terapêuticos.

A existência da Portaria Conjunta número 18, de 24 de julho de 2023, entre SEAPE e SES, no Distrito Federal, mostra um avanço institucional na construção das normativas para garantir os itinerários das PPL nas RAS. A política define que é competência da SES-DF "disponibilizar consultas, exames, diagnósticos e tratamentos necessários à saúde das pessoas privadas de liberdade, de acordo com as normativas de regulação, padronização e disponibilidade de recursos da secretaria de saúde". (GDF, 2023).

As vagas ofertadas são definidas pela SES e a maioria dos protocolos e notas técnicas para a saúde prisional são comuns a toda a APS do DF. Assim, agendamentos para outras especialidades em unidades externas à prisão são reguladas pelo Sistema de Regulação de Vagas (SISREG), padrão para toda a APS.

Sob essa ótica, a oferta das demais ações e serviços de saúde às PPL será prevista e pactuada na RAS do DF (redes de atenção especializada, hospitalar, urgência e redes temáticas), em que o seu acesso é organizado pelo atual Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) para os serviços de saúde próprios, contratados ou conveniados, possibilitando, por exemplo, a marcação de consultas ambulatoriais e exames de complexidade, sendo de responsabilidade dos Diretores e Gerentes das Unidades Prisionais (GEAIT - Gerência de Assistência ao Interno) a locomoção dos pacientes para os serviços agendados (SES-DF, 2022).

As redes de atenção à saúde são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2017), seguindo uma ideia de poliarquia ao invés de hierarquia para os pontos de atenção, privilegiando-se assim um caráter horizontal de relação entre os serviços. Abaixo expõe-se quais são atributos das RAS:

- a) população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde.
- b) extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais

- e os coletivos;
- c) atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde;
  - d) prestação de serviços especializados em lugar adequado;
  - e) existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
  - f) atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, considerando as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
  - g) sistema de governança único para toda a rede com propósitos de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações.
  - h) participação social ampla;
  - i) gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
  - j) recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos para o alcance de metas da rede;
  - k) sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
  - l) financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
  - m) ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;
  - n) gestão baseada em resultado. (BRASIL, 2017)

Em relação à coordenação do cuidado, o que se percebe é que, para que as PPL caminhem pelas RAS, há a necessidade do funcionamento da seguinte cadeia de eventos:

- a) médicos, enfermeiros ou odontólogos observam a necessidade de encaminhamento externo (consulta, exame ou cirurgia);

- b) inserem no sistema de regulação (SISREG), respeitando-se as notas técnicas vigentes para a APS;
- c) o médico regulador no nível regional e/ou central decide se o pedido de atendimento é relevante, se pode ser aprovado ou devolvido;
- d) não está claro se há uma diferenciação da decisão do médico regulador na prioridade para pessoas privadas de liberdade, mas durante a observação alguns profissionais apontaram que sim, embora ainda seja um problema agendamentos muito rápidos. Se a distância entre a data do pedido e a execução da consulta for menor a 24 ou 48h, pode não haver tempo hábil para organizar a logística de transferência;
- e) a data do agendamento é liberada no SISREG;
- f) um profissional da equipe de saúde prisional verifica se este agendamento foi realizado. Varia o profissional que verifica estes agendamentos, dentre eles, médicos, enfermeiros, odontólogos e técnicos administrativos fazendo esta verificação;
- g) se comparado com a UBS para pessoas em liberdade no DF, a diferença é que a data do agendamento destes encaminhamentos é enviada por SMS para o paciente, ou mesmo por ligação telefônica ou whatsapp, o que não é possível no âmbito da saúde prisional.
- h) como as pessoas privadas de liberdade são tuteladas pelo estado, isso se estende para os cuidados em saúde, onde a equipe precisa prestar essa assistência tutelar, como rede de apoio interna, para que essa integralidade do cuidado aconteça de forma adequada nos itinerários terapêuticos desses pacientes nas redes e níveis de atenção à saúde.

*A gente tem esse diferencial de atividades externas, prisional, que realmente essa vigilância do SISREG a gente tem que fazer. Lá fora, então, você faz um encaminhamento, coloca o telefone de contato do paciente no sistema, E quando for agendado e tal, ele vai receber SMS, vai receber uma ligação e aqui como tem essa condição, a gente tem essa peculiaridade, a gente precisa fazer a vigilância do SISREG, principalmente do SISREG, diariamente, e a gente tem alguns probleminhas pontuais que acontecem, porque cada vez mais saem notas técnicas, fluxos, que os profissionais da atenção secundária precisam fazer a inserção dos atendimentos, só que aí o nosso, a nossa população aqui da prisional, se a gente não colocar, a gente vai perder esse consulta. Então, quando a pessoa volta, eu checo sempre. Se foi pedido algum exame, eu entro no SISREG pra dar uma olhada. Se tiver feito, eu tenho que enviar um e-mail pra solicitar que eles cancelem pra eu poder inserir aqui. Então, é algo relativamente comum. Eu faço sempre isso, sempre fiz (GF1, P1).*

Essa fala expõe a necessidade de uma coordenação do cuidado ainda mais complexa, considerando que os profissionais de saúde precisam não só encaminhar os pacientes para outros níveis de atenção, quando necessário, mas também realizar a vigilância desses agendamentos, planejar escoltas policiais para essas saídas e dar seguimento a todos os documentos de contra referência que retornam dessas consultas. Muitas vezes esses agendamentos de consultas não são realizados por falta de escolta no dia ou por alguma situação de restrição de movimentação do interno por parte da segurança.

- a) a demora para agendamento em algumas especialidades, como oftalmologia, urologia e cirurgia geral, é tema frequente de judicialização. Por isso, o MPDF passou a disponibilizar a informação de “lugar na fila” para todos os encaminhamentos do SUS- DF. Com o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), a pessoa ou familiar pode consultar sua posição na fila de espera. O mesmo vale para pessoas privadas de liberdade;
- b) uma vez que o técnico administrativo ou outro profissional identifica o agendamento via SISREG, envia o documento de agendamento do sistema para o policial penal da saúde (GEAIT) para providências;
- c) os policiais solicitam autorização de saída planejada para a direção do presídio;
- d) uma equipe de escolta é destacada para o transporte sanitário;
- e) no retorno os policiais penais entregam a documentação da consulta na mão de profissionais da equipe de saúde, para providências.

No caso da atenção hospitalar, foi abordado no item anterior a questão das internações em setores nos hospitais previstas para o cuidado das PPL, as chamadas "papudinhas".

A atenção hospitalar conta com leitos exclusivos para PPL do DF e o processo de trabalho, em parceria com a Segurança Pública e Administração Penitenciária, está definido no “Protocolo de Funcionamento e Fluxo Hospitalar nas Alas de Segurança para Atendimento aos Pacientes do Sistema Penitenciário” e regulamentado pela Portaria Conjunta no 03, de 03 de abril de 2014, que estabelece as alas de segurança para atendimento aos pacientes do Sistema Penitenciário e da DCCP no Instituto - IHBDF, no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no Hospital Regional do Paranoá (HRPa), atual Hospital Regional Leste e no Hospital Regional do Gama (HRG) (SES-DF, 2022).

Os gerentes de saúde prisional da SES e da SEAPE, junto dos diretores e representantes dos hospitais com "papudinhas" monitoram a lista de pessoas internadas, tempo de internação, transferências e altas via aplicativo de mensagens. No

âmbito local, uma das UBSP visitadas tem um quadro com a lista de pacientes e o motivo de internação. Há profissionais destacados para monitorar regularmente o progresso durante a internação. Nesta mesma unidade, os policiais penais agregam todo o material entregue no pós-alta, protocolam em livro-ata e entregam ao profissional da equipe de saúde para ciência e seguimento. São obtidos documentos como receitas, relatórios e exames, registrados nos prontuários eletrônicos e arquivados também em prontuário físico. Nesta referida unidade, os pacientes que retornam de internação são atendidos por um membro da equipe de saúde tão pronto retornam do hospital, em geral, por médico ou enfermeiro no pós-alta. Em resumo, há um esforço para que todo o ciclo de ser encaminhado para um serviço externo e retornar para o cuidado da equipe de referência na UBS envolva uma gama de ações e profissionais de saúde e segurança.

O papel do policial penal no êxito da coordenação do cuidado das PPL no itinerário das RAS vale destaque. Por isso, deve-se apontar que a equipe ampliada de saúde prisional do Complexo da Papuda deve considerar os policiais penais também como parte da equipe, considerando o objetivo comum em prover cuidado e tutelar as pessoas privadas de liberdade na garantia de seus direitos. Há uma organização interna da polícia penal para cumprir todas as funções da tutela do cuidado em saúde.

Embora seja um sistema muito organizado, há dificuldades na comunicação com as RAS, que será discutido adiante. Se, por um lado, para a rede poliárquica funcionar são necessárias pactuações, protocolos, normativas e outros instrumentos de gestão, também é importante uma rede que não se limite à burocracia. Lima (2024) descreve que as redes são vivas, feitas de relações de confiança e compromisso. Assim, não basta a oferta de serviços, é importante como estes serviços e equipes se relacionam, como se comunicam e que se reconheçam como complementares.

A intensidade de tutela do cuidado merece destaque, pois a tutela é necessária em cada detalhe do itinerário de cuidado junto às PPL no sistema de saúde, exigindo uma articulação minuciosa dos profissionais de saúde e policiais penais, regulando dias, horários de saída, retornos, medicamentos, preparos para exames, orientações para realização de tratamentos prescritos fora dos presídios, dentre outras ações.

Há também fragilidades desses encaminhamentos, como a verificação tardia das datas de agendamento no SISREG, especialmente se o agendamento foi curto como acima citado, mas também quando existem múltiplas escoltas externas no mesmo dia. Nesse caso, pode não haver efetivo para executar todas as saídas. Resgata-se o exemplo

de solicitações de urgência para a realização de tomografia computadorizada. Se o agendamento for feito de forma ágil, em menos de 24-48h, os trâmites para a saída da PPL para fora do presídio podem ou não ser efetivados.

Essa coordenação do cuidado mais intensa é objeto de observação mais apurada. As pessoas privadas de liberdade precisam ser tuteladas em praticamente todos os aspectos do seu cuidado, prescrições, dispensações de medicamentos, encaminhamentos, agendamentos e reagendamentos, pois não têm autonomia para fazê-lo dentro das celas. Não guardam, não arquivam seus papeis, formulários, etc., responsabilidade do estabelecimento penal. E se a família tem um papel de apoio, ainda assim é limitado, ficando para os profissionais a carga administrativa de tutelas 100% de sua população.

Ao tamanho da responsabilidade na coordenação do cuidado obrigatória de elevada carga administrativa do cuidado para o profissional de saúde da equipe de APS Prisional denominou-se coordenação tutelada do cuidado.

*Tem alguns procedimentos que a gente não tem acesso ao nosso SISREG, então é um outro complicador, né? Então aquele CE [grupos de procedimentos que médicos da APS não tem acesso], né, tem que ser o especialista focal. Aí é difícil, porque de fato vai chegar e a gente tem que ver quem pediu, idealmente a gente pegar esse número do SISREG e fazer uma vigilância diária um por um. E aí acaba ficando pouco viável assim (GFIP1).*

Alguns procedimentos, cirurgias e exames, só podem ser pedidos por especialistas focais. Por exemplo, uma cirurgia de catarata pode ser solicitada apenas pelo oftalmologista. O problema é que caso esta consulta para cirurgia seja perdida por alguma razão, o paciente precisa voltar ao início da fila e passar novamente pelo oftalmologista geral, para que este profissional peça novamente uma cirurgia já indicada. No caso da saúde prisional, isso pode retardar o procedimento em meses ou anos. Por isso, os profissionais mencionaram a responsabilidade de garantir que todos os agendamentos sejam devidamente verificados diariamente. Há menção nesta fala para uma correção do fluxo, permitindo que profissionais da saúde prisional reagendem procedimentos já indicados e que foram perdidos por dificuldades de transferência e transporte sanitário via escolta policial.

*Saindo daqui a gente procura, pelo menos eu, jogo no sistema, no SIAPEN, sistema interno da polícia penal, para ver onde que ele está e a gente faz contato com a unidade. Seja o CIR, o semiaberto, seja o CPP, também o semiaberto. A única coisa que ele acaba perdendo é se ele já está só com o monitoramento eletrônico. Se ele está usando tornozeleira, daí a gente*

*acaba perdendo, porque a gente não tem contato (GF1P2).*

Enquanto a pessoa presa está nas unidades do sistema prisional, mesmo com possíveis transferências internas, por progressão de pena, por exemplo, ainda é possível avisar a equipe de referência sobre alguma consulta agendada para que se proceda com o planejamento da escolta.

*Algumas situações muito pontuais, no provisório, tentar entrar em contato com a pessoa mesmo quando sai de alvará ou de tornozeleira, tentar entrar em contato com a pessoa em liberdade (GF1P2).*

#### 7.2.4 Equipe ampliada

Como dito, há um destacamento organizacional, um setor no organograma da polícia penal do DF que destina alguns profissionais para escoltar PPL para os profissionais de saúde, mas também para organizar arquivos, documentos, escoltas, consultas, retornos, solicitações de medicações, contato com a família, para citar algumas das funções que se complementam e por vezes se entrelaçam com as funções dos profissionais de saúde das UBSP.

Este trabalho não teve a polícia penal como objeto de pesquisa, portanto não incluiu essa categoria profissional como participantes dos grupos focais e entrevistas. Todavia, indiretamente, esses surgiram como atores importantes no cuidado ofertado e não poderiam estar ausentes da análise do trabalho em saúde das UBSP. Quando se tenta explicar o papel dos policiais penais na saúde, há uma tendência a imediatamente comparar suas atribuições às dos agentes comunitários de saúde.

O autor da tese, a partir do material coletado e interpretado, se posiciona contra esta comparação, no sentido de que não há um paralelo entre o policial penal quando se compara equipes de saúde prisionais às equipes da Estratégia de Saúde da Família. O papel dos policiais penais nas prisões é de tutelar as PPL em diversos âmbitos (jurídicos, materiais, alimentares, de saúde, educacionais, dentre outros), mas também com frequência em manter disciplina e controle em regras rígidas, como já discutidos anteriormente sobre as prisões como instituições totais, na perspectiva de Goffman (2007).

Os policiais penais participam desta complexa cadeia de eventos que permite ou não o transporte das PPL para consultas reguladas do SISREG, demandando

diálogo constante com os profissionais de saúde das UBSP, responsáveis por identificar se uma consulta foi ou não agendada:

*É importante olhar diariamente para não perder consulta, para não perder as saídas. Uma coisa que é muito importante é o retorno dessas saídas ou o não retorno, porque por algum motivo essa escolta não foi feita. Essas duas informações precisam chegar para a gente. Como tem funcionado, o que eu entendi é que a própria GEAIT vem e já sabe quais são os blocos do [outro médico] e os meus blocos que aí é o momento oportuno pra ver como foi na consulta, se tem que pagar medicamento, se tem que reavaliar, se tem que reagendar, se tem que pedir um novo SISREG. Aí tem essa questão de que quando vai pra outro especialista focal, se ele pede algum exame, o ideal é que a gente peça o exame pra gente conseguir fazer a vigilância do nosso próprio SISREG, diferente lá de fora, que qualquer profissional, idealmente até que os ambulatórios façam seus SISREGs e o próprio paciente fazer essa vigilância, acho que facilita cuidado aqui, essa coordenação do cuidado é mais intensa, assim, a gente precisa organizar esse SISREG de uma forma mais local pra conseguir fazer uma vigilância mais facilitada. (GF2, P1).*

O que se observou é que o trabalho da polícia penal vai para além de escoltar as pessoas presas, porque é necessário decidir quantos serão escoltados para os serviços de saúde, quem receberá atendimento de demanda espontânea, quem irá realizar exame ou consulta externa, considerando que o número de escoltantes e escoltas é finito. Da mesma forma, uma mesma administração local ou direção de estabelecimento penal pode decidir por ter um equipe de mais ou de menos policiais para os trabalhos da saúde, o que impacta em todos os processos de trabalho e logísticas. A noção e posicionamento dos policiais sobre saúde e sistema de saúde, direitos, território e cuidado também impacta diretamente no trabalho em saúde e por isso está para reflexão neste trabalho. É compreender que um certo trabalho da equipe de saúde acontece com estas potências e limites desta inter-relação de equipe ampliada, entre profissionais de saúde e segurança. A observação do campo demonstrou parceria e cooperação, havendo também divergências. Os profissionais demonstraram que uma relação amistosa e de interação em prol de um objetivo comum foi uma construção histórica ao longo da operacionalização cotidiana da política pública de saúde nos presídios do Complexo da Papuda nas últimas décadas, desde 2003 com o PNSSP.

*Mas isso, em alguns momentos, foi difícil. Eu já tive vivência de boicote em pauta [agendamentos]. Hoje não, a gente tem autonomia pra propor, a gente tem autonomia de discutir junto com a saúde, junto com a segurança e de ser ouvido. Teve momentos que não foi assim.*

(...)

*Não foi sempre parceria e cooperação. Porque eu vejo, da minha experiência aqui, que a saúde atua melhor quando a equipe de segurança compreende o papel que a gente tem aqui dentro. Hoje, por exemplo, eu falo da nossa vivência do [nome do presídio ocultado]. Desde o diretor até o chefe do núcleo de saúde, eles têm um entendimento de quem somos nós. Qual é o papel que a gente tem aqui, o porquê que a gente tá aqui. E isso*

*facilita muito a nossa vida. Facilita muito, a gente propõe as ações." (ESE, P5).*

Os profissionais relataram que em algumas situações há um olhar mais biomédico por parte de policiais penais, privilegiando o atendimento de médico e enfermeiro em detrimento de outras categorias profissionais, especialmente com mais ênfase na área social e saúde mental. Também houve queixa, independente da categoria, de serem preteridas outras ofertas de cuidado, como grupos e práticas integrativas.

*A diferença que eu percebi no atendimento, [área psicossocial], a não ser com a [outra área psicossocial], eu acho que a gente sofre uma desqualificação de prioridade. E aí, lá no [nome do presídio de sua antiga lotação], eu tinha muita dificuldade em atender. Muita, muita mesmo, porque eu nunca tinha escolta para [área psicossocial]. Então, a partir dos catataus deles [pessoas privadas de liberdade], eu mandava catatau para eles e meus atendimentos eram de catatau, porque eu não tinha escolta, senão eu ia ficar sem fazer nada. E aí, aqui no [atual presídio de lotação], eu percebi que já é diferente, né? (GF, P8).*

*Eu percebo assim, particularmente, a [área psicossocial], ela é mal vista dentro do prisional. Ela é um... Tipo assim, ela é assim, estranha, não é prioridade. E aí eu percebo que várias pessoas estão se matando e o paciente do [profissional desta área psicossocial] não é o que vem, então é o ambiente que alimenta isso. Cala a boca, silencie sua dor (ESE, P7).*

*"Bom, isso é a nossa imaginação, a gente só vê que não vem [a pessoa presa para o atendimento para receber prática integrativa], né? Então a gente acha que é enorme o preconceito. Aí a gente resolveu colocar consulta [no registro do sistema, ao invés da nome da prática integrativa a ser realizada] e no lado da consulta a gente coloca o maiúsculo... Porque alguns realmente precisam, ficam bem (...)" (ESE, P3).*

*Uma coisa me marcou na fala final durante o café com um policial: "a criação da polícia penal foi para ser uma política da reintegração social. Nos perguntaram a época se polícia iria ressocializar, se polícia é para reprimir. E nós defendemos que essa polícia teria o nome de polícia e seria diferente" (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

Há uma falsa dicotomia entre saúde e segurança (Santos et al., 2022). Os objetivos de tutelar a pessoa privada de liberdade, garantir os direitos previstos na Lei de Execução Penal, direito à saúde, garantia de dignidade e cuidados equivalentes e proporcionais a pessoas privadas de liberdade estão garantidos por leis, normas, diretrizes e documentos internacionais. Se a equipe de saúde deve ter autonomia para seu trabalho, como defende a PNAISP, também o fará de forma entrelaçada com a polícia penal e os demais atores que atuam no sistema prisional.

Uma fala que se repetiu foi a de que antes da pandemia não havia tanto destaque

para os assuntos da saúde, que depois passou a ser valorizado, ouvido. Os aspectos de saúde pública parecem ser mais considerados nas decisões da vida das PPL no Complexo da Papuda. Segundo a OMS (2017), a compreensão do diretor da instituição penal, assim como de toda a polícia penal, sobre o trabalho da saúde é indispensável

A liderança do diretor da prisão é vital para criar um ambiente em que os reclusos e os funcionários valorizem a boa saúde, se sintam seguros e se apoiem mutuamente. Deve haver uma cultura de respeito e direitos com:

- uma cultura profissional de saúde humana que respeite a confidencialidade e a privacidade dos pacientes e o seu direito a cuidados de saúde equivalentes aos procurados pelo público em geral;
- ligações a outras funções da prisão;
- um sistema eficaz de comentários e reclamações quando as coisas dão errado;
- um compromisso sustentado para limitar o fornecimento ilegal e comércio de álcool e drogas ilícitas e prescritas. (OMS, 2017, p. 177).

A observação do campo permitiu identificar uma relação de parceria e cooperação entre os policiais da GEAIT e da equipe de saúde das UBSP. Do ponto de vista macro, a existência de uma Gerência de Saúde no âmbito do organograma da Polícia Penal (GSAU); do ponto de vista micro, a existência de um subsetor saúde da polícia penal, que organiza elementos estruturantes dos planos de cuidado, desde escoltas de pessoas presas nas consultas das UBSP, escoltas de consultas e exames externos, organização de datas e horários de saída do presídio para serviços de saúde externos, contato com familiares para obtenção de medicamentos e organização de documentos trazidos das consultas externas, mostra a relevância da saúde no âmbito das prisões do Complexo da Papuda. Não é incomum que, pela proximidade dos casos, pela proximidade com os profissionais de saúde, haja discussões de caso, participações dos policiais penais em construções, mesmo que informais, nos planos de cuidado. O policial penal passa a ser um membro integrante da equipe de saúde e este autor sugere que seria importante elaborar estudos que aprofundem esta compreensão.

Cabe destacar que nos momentos em que esta parceria, esta cooperação, não acontece, o trabalho da APS prisional é prejudicado e a autonomia limitada. Tal como na discussão trazida pela OMS (2017) sobre a importância do reconhecimento da saúde pelo diretor da instituição penal, os momentos passados, já mencionados de baixo efetivo policial e de despriorização dos temas da saúde no trabalho da polícia foram de dificuldade para cumprir a proposta da APS Prisional. Embora também não tenha sido objeto das entrevistas e grupos, os profissionais com mais tempo de atuação no território compartilham que essa foi uma construção gradual ao longo de uma relação entre saúde

e segurança no Complexo da Papuda que se iniciou em 2003, ainda com estrutura física incipiente, pois as UBSP foram inauguradas apenas em 2014. O histórico de construção desta política de saúde também precisaria ser tema de estudo mais aprofundado para melhor compreensão.

#### 7.2.5 Comunicação interequipes

A coordenação do cuidado e a comunicação entre as UBSP dos presídios é facilitada por grupos de aplicativos de mensagens, pela articulação interna entre a gerência local e os coordenadores de equipes de saúde, responsáveis por serem atores locais em cada UBSP. Observou-se que há uma gerência local única para o Complexo da Papuda, para todas as cinco UBSP. A comunicação com as UBS extramuros é mais comumente feita pelos canais formais, como sistema eletrônico interno de informações (SEI).

A ponte para entrar em contato com a UBS extramuro antes de uma pessoa presa sair tem muitas vezes a limitação do endereço, pois não se tem certeza de qual território irá pertencer. Assim, parte dos encaminhamentos solicitados durante o aprisionamento, podem ou não, se perder depois da saída do sistema prisional. Uma das formas de contato para avisar dos agendamentos via SISREG na UBS extramuros é o telefone. Nem sempre este telefone está atualizado quando a pessoa recém sai do sistema prisional e nem sempre seu cadastro é tão rapidamente atualizado. Durante o tempo de permanência na prisão, como já dito, os agendamentos são verificados pelos próprios profissionais de saúde e não são avisados por mensagem para celular para o paciente, que está na prisão sem este meio de contato.

A comunicação entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde é elemento-chave para o efetivo cuidado em saúde. É recomendável que a APS Prisional esteja inserida no sistema de saúde de forma a garantir registro adequado e transferência de informações (OMS, 2017). Assim, este outro elemento, discutido de forma tangencial em entrevistas e grupos focais, mas de suma relevância na visão deste autor é a questão do uso de sistemas de registros de atendimentos, os prontuários eletrônicos.

As UBSP do Complexo da Papuda, assim como todas UBSP do DF utilizam

como prontuário o e-SUS, prontuário próprio do Sistema Único de Saúde desenvolvido pelo Ministério da Saúde, disponibilizado para os municípios e estados. No momento, os registros feitos no e-SUS são visualizados na mesma unidade federativa. A opção de gestão de usar o e-SUS no âmbito da saúde prisional permite que uma pessoa hoje presa no Complexo da Papuda possa continuar seu tratamento, junto de suas informações de saúde, quando for atendida na UBS de seu endereço, quando for egresso do sistema prisional no território do DF.

Há um outro sistema, SIAPEN, utilizado por todo o sistema carcerário do DF para registrar informações demográficas sobre as pessoas presas, assim como informações de identificação, lotação em presídios do DF, dados processuais, disciplinares e dados em saúde, como casos de COVID-19, medicações em uso, atendimentos realizados, transferências e internações. O sigilo destes dados requer discussão, pois a seção saúde do SIAPEN, embora não seja aberta a todos usuários, pode revelar diagnósticos como hipertensão, diabetes, HIV. Se por um lado é desafiador manter pleno sigilo, por outro há facilidade no acesso de listas de pessoas com agravos. O sistema disponibiliza listas em PDF e Excel e é usado prioritariamente para identificar listas de pessoas com condições crônicas, listas para a organização de campanhas de vacinação e também para o judiciário, quando deseja consultar os últimos atendimentos.

Unidades de saúde como policlínicas, hospitais e ambulatórios no DF utilizam outros sistemas, como TrakCare e MV. O Hospital Universitário da Universidade de Brasília (UnB) utiliza um outro sistema, que não é acessível aos profissionais de saúde da SES-DF. Esta multiplicidade de sistemas gera dificuldades no trânsito das informações em saúde, exigindo dos profissionais a exploração de múltiplos prontuários para coordenar o cuidado. No momento, há possibilidade de cadastros e logins para os profissionais das UBS, incluindo UBSP's para acessar os prontuários utilizados nos pontos de atenção da rede, exceto algumas unidades, que ainda utilizam pontualmente outros sistemas ou mesmo prontuários físicos, como algumas unidades da rede de saúde mental.

A comunicação com outros serviços de saúde tem múltiplas possibilidades. O uso formal do contato é feito por telefone, e-mail e pelo sistema oficial de comunicação do serviço público do DF, o SEI-DF, por processos criados em plataforma própria. Por vezes, a comunicação possível é apenas o recebimento de relatórios de alta, resultados de exames, prescrições, dentre outros. Outro canal é a rede de contatos informais, pela

facilidade, necessidade e dadas as dificuldades em se obter respostas rápidas de outros pontos de atenção da rede por meios formais. Durante a pesquisa, observou-se que algumas categorias, como assistentes sociais e técnicos administrativos, realizam contatos com serviços de saúde com mais frequência e detêm uma rede informal de contato para auxiliar a comunicação entre unidades.

*O cara vai e depois a gente recebe ou pelo TRAK, pelos sistemas mesmo [...] bem formal. Eu não tenho referências externas de um profissional, por exemplo, ah, eu tenho uma enfermeira lá fora que é referência em TB, que eu posso discutir um caso com ela. Eu não tenho isso, sabe? No máximo que pode acontecer, por exemplo, é... Por exemplo, tem um médico no presídio que discute muitos casos de infecto com ele. É o máximo que a gente tem (ESE, P8).*

*Porque na realidade não é ter um contato com a instituição, é ter um contato com a pessoa. Não, mas na saúde a gente tem mais que ter contato com o servidor mesmo, porque telefone em geral não funciona. Você tem que falar com o profissional da instituição (GF, P19).*

*(...) em X anos da secretaria a gente já conhece muita gente, então a gente já tem mais ou menos uma pessoa que é referência. em alguma política, você já manda um whatsapp, você já liga, me ajuda nisso, me orienta nisso, como é que faz, você conhece a família. E a gente vai buscando informação. O serviço social, a gente tem muito acesso aos outros profissionais das outras áreas, da Secretaria de Saúde, das outras regionais e até de outras políticas. A gente vai conhecendo e a gente vai trocando informação e trocando telefone, buscando. (...)*

*A rede do que você já construiu. Exatamente! A gente começa a ser referência pra alguém que tá lá fora, e alguém que tá lá fora é a nossa referência. Eu tô precisando de alguma coisa em relação à mulher, eu já tenho alguém lá na casa da mulher, da política da mulher que eu conheço, que eu já tenho acesso, eu já ligo e já peço ajuda, né? (ESE, P5).*

### 7.2.6 Relações intersetoriais

A intersetorialidade foi também destacada como um elemento difícil. As equipes de saúde que estão nos extremos de regime penal, como o provisório, lidam com pessoas que acabaram de serem presas, enquanto o semiaberto, que lida com pessoas com mais contato extramuro, com saídas e com trabalho externo, demandam maior articulação intersetorial. Existe uma política para egressos do sistema prisional que organiza neste itinerário carcerário os caminhos para a reintegração social prevista. Neste sentido, os equipamentos sociais mais utilizados são CRAS, CREAS e o Escritório Social, uma proposta do Conselho Nacional de Justiça para apoiar os

egressos na busca por emprego, saúde, educação e benefícios sociais. A maior articulação desta política com o setor saúde e com o cotidiano das equipes parece ser um caminho para uma política mais efetiva.

*O meu problema é com a rede intersetorial, porque eu preciso de uma devolutiva, eu preciso de um fluxo. E aí eu tô tendo muita dificuldade com os fluxos de encaminhamento, porque eu não sei se foi encaminhado de fato, se atendeu, o que tá acontecendo (GF, P13).*

*Para o escritório social também tem essa dificuldade de caminho. Só que a gente agendou uma reunião, que ainda vai acontecer, pra gente definir melhor esses fluxos. Mas também tem essa dificuldade (GF, P8).*

Durante a observação do campo foi percebido que as equipes não abordaram a existência de um ecomapa ou cartografia dos equipamentos sociais que fazem contato. Não significa que tenham ou não identificado quais são estes equipamentos, mas que enquanto instrumento coletivo para análise destas dificuldades, seria uma possibilidade de aprofundamento coletivo no tema.

A PNAISP (2014) menciona a importância da intersetorialidade:

Diretrizes da PNAISP:

I - promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança;

V - intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde

Objetivos específicos da PNAISP

III - qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça;

V - promover as relações interssetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; e

Art. 17. Compete ao Distrito Federal e aos Municípios, por meio da respectiva Secretaria de Saúde, quando aderir à PNAISP:

XI - promover, no âmbito de sua competência, a articulação interssetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP e a articulação do SUS na esfera municipal (BRASIL, 2014).

O "Fluxo de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade" pertencente a política local do DF e também inclui as relações interssetoriais:

O componente de articulação com a rede interssetorial considera como estratégico trabalhar o fortalecimento das redes de apoio, identificando a rede primária, constituída pela família, vizinhos, entre outros atores sociais, e a rede secundária composta por serviços governamentais ou não, que

atuam na garantia de direitos dessa população nos respectivos territórios, em consonância aos fluxos.(SES-DF, 2022).

### 7.2.7 Integração do sistema/subsistema

Cabe o debate no que tange a integração da saúde prisional com outros pontos da rede de atenção que não há autossuficiência possível nestes arranjos. E que toda a rede atende pessoas privadas de liberdade, não sendo, assim, exclusividade das equipes de APP. Essa afirmação está também na política local do DF:

Importante esclarecer que, em várias situações, o privado de liberdade e seus familiares, espalhados em todo o território do DF, deverão ser acolhidos nos demais serviços de saúde da rede como parte da população em geral, portanto, os serviços devem estar cientes da existência desta demanda em seus territórios mesmo que não haja nenhuma unidade prisional na sua Região (SES-DF, 2022).

Segundo a OMS (2017), a integração dos serviços prisionais com os serviços ofertados para pessoas em liberdade é importante e recomenda-se a integração e incorporação de serviços fora da prisão com os seguintes objetivos:

- assegurar a continuação do tratamento dos pacientes que chegam à prisão;
- garantir serviços de cuidados primários, cuidados de saúde mental e de dependências e outros cuidados continuados após a libertação da prisão;
- garantir o acesso a serviços especializados, incluindo instalações seguras de psiquiatria forense para aqueles que delas necessitam;
- garantir o acesso à ajuda especializada em saúde pública em caso de incidente ou surto;
- garantir que o pessoal de saúde prisional possa aceder e beneficiar de oportunidades de educação e formação; e
- permitir o compartilhamento de informações clínicas entre profissionais de saúde para fins de atendimento direto ao paciente, de acordo com os desejos do paciente e com boas práticas para garantir a confidencialidade (OMS, 2017, p. 176).

A pesquisa revelou que a coordenação do cuidado na saúde prisional é um processo complexo que exige uma articulação entre os diversos níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os itinerários percorridos pelas PPL dentro da rede requerem uma coordenação ativa por parte dos profissionais das UBSP. Essa coordenação é essencial para garantir que as PPL tenham acesso aos serviços necessários, desde consultas, exames e tratamentos, até a integração de cuidados especializados e hospitalares. Observou-se que, apesar das dificuldades, a equipe de saúde prisional

empenha-se em assegurar a continuidade do cuidado, enfrentando desafios como a adequação de tratamentos à realidade prisional, como no caso da oxigenoterapia contínua.

A relação intersetorial, especialmente entre a saúde e a segurança, é uma característica intrínseca à coordenação do cuidado na saúde prisional. A existência de normativas, como a Portaria Conjunta entre SEAPE e SES no Distrito Federal, demonstra avanços institucionais na organização dos itinerários das PPL na RAS. No entanto, a intersectorialidade se manifesta também em uma dimensão micropolítica, exigindo constante diálogo e cooperação entre os profissionais de saúde e os policiais penais. A presença dos policiais penais como parte da equipe ampliada de saúde prisional consiste em um elemento fundamental para o sucesso da coordenação do cuidado, uma vez que eles desempenham papel ativo na logística de transporte, agendamentos e acompanhamento das PPL nos diferentes serviços de saúde.

Um dos principais achados está na identificação da necessidade de uma "coordenação tutelada do cuidado". Dada a condição de restrição de liberdade, as PPL dependem dos profissionais de saúde para quase todos os aspectos de seu itinerário terapêutico. A equipe prisional assume uma carga administrativa significativa para garantir que as ações em saúde sejam efetivamente realizadas, desde o agendamento e acompanhamento de consultas até a gestão de medicações e orientações de tratamento. Essa tutela intensiva é necessária para assegurar que os cuidados sejam mantidos, mesmo diante das limitações do ambiente prisional, e evidencia uma peculiaridade da atenção primária em saúde prisional em relação à APS convencional.

A pesquisa também destacou desafios na comunicação e integração entre os diferentes pontos de atenção da RAS. Apesar dos esforços para garantir uma comunicação eficiente, como a utilização de sistemas como o e-SUS e o SIAPEN, ainda há dificuldades na troca de informações entre as UBSP e os demais serviços da rede, especialmente no que tange à continuidade do cuidado após a saída das PPL do sistema prisional. A relação com a rede intersetorial e os equipamentos sociais também se apresenta como um ponto a ser fortalecido, necessitando de fluxos mais claros e um diálogo mais efetivo para assegurar a integralidade do cuidado.

### 7.3 Integralidade

Integralidade	Trabalho em equipe
	Resolutividade e práticas de cuidado
	Discussão e gerenciamento de caso

#### 7.3.1 Sede

*Hoje realizamos um grupo de pessoas com diabetes insulino-dependentes. Nossa percepção é que há pouca informação e muitos mitos sobre a doença e o tratamento. A alimentação não é adequada e seguir as orientações alimentares tampouco é possível.*

*Iniciamos o grupo resgatando seus nomes e suas histórias. Perguntamos como eles descobriram o diabetes, o que lembram dessa época e como a diabetes mudou a vida. E foi aí que se percebeu que há muito o que se precisa ouvir da experiência de cada um. A doença está no livro, a pessoa que vive com ela, não. Cada um, um universo.*

(...)

*Disse que quando descobriu o diabetes, o médico lhe disse: “Olha, sua diabetes está bem ruim. Essa é uma doença que mata aos poucos.” E então, só o que lembrou da doença é que “mata aos poucos”.*

*Eu perguntei se alguém já havia recebido alguma explicação sobre o que exatamente é o diabetes. Conrado logo disse “que eram problemas no controle da glicose no corpo e na fragmentação dos nutrientes no organismo.” “Doutor, tem a ver com a insulina do pâncreas, né?”. Conrado tinha uma bela noção biológica e os outros nem ideia faziam. “Nunca me falaram o que é, doutor”. Sim, só disseram que matava aos poucos.*

(...)

*“A gente sabe que não tá aqui para reclamar, doutor, mas a xepa [comida] vem azeda, então eu não como à noite.” “A beterraba vem crua e azeda, a batata também, o chuchu, a gente nem encosta.” E continuou: “A comida é sem sal, o arroz é bem*

*estranho. A gente prefere lavar o arroz.” Contaram que lavam na torneira a comida que vem oleosa.*

*Perguntei-lhe:*

*“- Mas não fica mais sem sal ainda?”*

*“- Pois é, doutor. Mas assim dá pra comer.”*

*Recentemente tivemos problemas com o uso de um “sal” na comida. O sabão em pó estava sendo peneirado e dali saía um “sal” que era usado para aliviar a falta de sabor. O tal “sal” tinha um aspecto de sal por serem grânulos médios, como se fosse um sal grosso menos grosso, mas que deixou muita gente com azia e dor de estômago. Isto também me custou muitos atendimentos posteriores para explicar que não valia a pena salgar a comida com sabão em pó e que já houve algumas internações.*

*(...)*

*De volta ao grupo, entendi que nem todos jantam e as estratégias são várias. Guardar o suco do almoço para uma hipoglicemia da madrugada. Comer o pão de manhã à tarde e por aí vai. A essa altura já havíamos conversado bastante e a hora passou rápido. Meu roteiro de falar sobre as insulinas precisou ser encurtado, mas senti que havia sido uma troca efetiva e produtiva.*

*Os grupos na prisão são como copos de água no deserto. Na verdade, qualquer oferta neste contexto é um copo de água no deserto. O lugar é árido e difícil, mas justamente pela adversidade da seca, se alguém lhe oferecer um copo de água na seca extrema, será mais útil do que se imagina. Terminei agradecendo a todos pela partilha e disse que voltaria. Eles pareceram muito gratos (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

Segundo Starfield (2002), integralidade se refere a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Pinheiro et al (2006) expõem que a integralidade é uma construção social com potencial de inventar novos padrões de institucionalidade, a partir de experiências mais horizontais entre gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde. Mattos (2009), argumenta que a integralidade é também a não redução do cuidado a aspectos biológicos; ao modo de organizar as práticas que evitem

a fragmentação do cuidado e a políticas desenhadas para dar resposta a um certo problema de saúde pelo sistema de saúde.

Segundo Santos et al. (2022) trabalho no sistema prisional requer do profissional de saúde um conjunto de ferramentas que extrapolam os limites biomédicos tradicionais, incorporando, em sua valise de ferramentas, saberes necessários para atuação em um cenário complexo como a prisão.

No âmbito da política a integralidade é abordada nos princípios da PNAISP:

A PNAISP em seus princípios, aborda que:

II - integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;

E também garante autonomia aos profissionais em seus objetivos:

II - garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade (Brasil, 2014).

A integralidade foi observada a partir também da lógica do trabalho em equipe. O que foi encontrado nas entrevistas, grupos e anotações foram percepções diversas sobre o processo de trabalho. Em parte, essa discussão também é atravessada pelo olhar do território e como ele estrutura a equipe.

Outro atravessamento neste tema é a composição das equipes. Enquanto numa Equipe ESF o psicólogo, por exemplo, faz parte de uma equipe eMulti, com um território amplo e faz apoio matricial a várias equipes de referência dos territórios, no Complexo da Papuda cada UBSP tem ao menos 1 ou 2 psicólogos e as equipes não trabalham na lógica do apoio matricial. Não está se afirmando que nenhuma ferramenta neste sentido é utilizada, o que se coloca é que, do ponto vista organizativo, o psicólogo, assistente social, psiquiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional tem liberdade para agendar e trabalhar com autonomia no seu processo de trabalho.

São raras as interconsultas. Matriciamento e discussão de casos ocorrem de forma menos sistematizada e formal. A ferramenta Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um dispositivo para discussão de caso, divisão de tarefas e responsabilização do cuidado não é utilizada e a própria discussão de caso em reunião de equipe é, em geral, rara, com variações para cada unidade. Um estudo de Barbosa et al. (2022) com equipes de saúde prisional concluiu que apresentam práticas assistenciais mais focadas em consultas e encaminhamentos, na visão do autor privilegiando uma prática mais biologicista.

No caso das equipes do Complexo da Papuda, há muita diversidade na forma

como os coletivos trabalham as pactuações para o cuidado, dependendo muito da postura individual de cada profissional para um compartilhamento, sendo que não há uma regra única para a discussão e gerenciamento de caso, como será abordado adiante.

As falas trazem elementos de processo de trabalho, relações entre os profissionais, divisões do trabalho, fortalezas e também divergências.

Identificou-se equipes em que a fortaleza é a disponibilidade para as trocas, principalmente a abertura para discutir casos, encaminhar pacientes e discutir condutas. Como dito anteriormente, nenhuma das equipes entrevistadas utiliza formalmente o projeto terapêutico singular e consultas conjuntas são raras ou esporádicas.

*Todo profissional encaminha para todos os grupos. A nossa equipe, a gente tem uma coisa que pra mim é o diferencial, é que a gente conversa muito entre a gente. A gente conversa muito, a gente estuda muito os casos desses internos e a gente encaminha. O médico atende, ele encaminha pro serviço social, o serviço social encaminha pra psicologia, que encaminha pra fisio, a gente conversa bastante (ESE, P5).*

Internamente a responsabilização pelos pacientes, que na ESF é feita com base territorial, na APS Prisional do Complexo da Papuda as estratégias para responsabilização sob o território são também variadas. Uma UBSP é vista como uma equipe, sendo um universo de mini-equipes internamente constituídas por afinidades, preferências ou áreas, mas sem seguirem um modelo único. Por exemplo, foram encontradas unidades em que a subdivisão de um território de uma UBSP era diferente para enfermeiro, médico e psicólogos. Esta diferença na forma de trabalhar pode ser pelo distanciamento da lógica e do processo de trabalho com a ESF, com a APS extramuros, com especificidades do território, preferências profissionais, mas também com uma fragmentação no trabalho coletivo.

*Não, a gente não atende, por exemplo, um mesmo médico, um enfermeiro, um psicólogo naquele bloco. Não, não. Não existe, não existe isso. E aí, às vezes também eu tenho mais facilidade de conversar com o médico, mas ele não tá no meu bloco, ele não sabe as demandas dali, entendeu? Aí é difícil. (...) acho que dificulta, porque, por exemplo, tem alguns blocos que têm demandas diferentes (ESE, P.7).*

Há uma queixa de certa setorização das categorias, como se algumas equipes conseguissem integrar mais o olhar do cuidado para além das divisões de categorias profissionais, enquanto outras equipes têm modelos mais rígidos dos papéis de cada

um. Há um protagonismo na enfermagem na coordenação das linhas de cuidado de condições crônicas, além da dispensação de alguns insumos que não estão com a farmácia local. Também não há uma clareza na responsabilização de todos os pacientes numa equipe mínima, de médico e enfermeiro, tal como numa ESF.

*Porque, primeiro assim, eu acho que a UBS, ela precisa entender que o interno é dele. O interno que chega direto às vezes acontece.. Eu atendi um interno que ninguém tinha visto antes, então não sei como é que está a pressão dele, não sei se ele tem diabetes ou não, não sei de nenhuma outra informação. Então eu vou, faço o atendimento, o meu atendimento ali e ele fica meio solto. Então eu acho que o fluxo tem que ser ao contrário, a equipe tem que pegar o paciente, pegar as informações básicas desse paciente e fazer um programa, dentro desse programa vai ter o atendimento da saúde mental. Mas ele precisa tratar dos dentes, ele precisa de passar pelo serviço social, tem que fazer esse levantamento primeiro, entende? (ESE P.6).*

O processo decisório também parece heterogêneo. Equipes com participação ampla em reuniões de equipes regulares, outras com reuniões com peso menor nas decisões coletivas, reforçando essa ambiguidade em relação a fragmentação do processo de trabalho.

*É, a gente vinha de um processo muito, né, assim, trabalhoso de tentar fazer com que as coisas acontecessem sempre de uma forma mais coletiva, assim, com a segurança. A gente tinha a dinâmica das nossas reuniões de equipe pra poder decidir, fazia toda uma mobilização. Então, a gente tinha todos os problemas, mas a gente tinha essa coisa de deixar eles realmente bem aparentes, né? O que que a gente vai fazer com isso? Como é que vai ser isso? Vai levar pra onde? (ESE P1).*

### 7.3.2 Discussão e gerenciamento de caso

O que aqui chamou a atenção para discussão e gerenciamento de caso é como uma pessoa privada de liberdade, com uma necessidade em saúde identificada, é acompanhada. É olhar para como as estratégias dos trabalhadores permitem com que ela siga recebendo cuidados sem que "suma" no mar de demandas ao qual a Atenção Primária à Saúde é submetida. Além disso, é como fazer esta costura de forma coletiva. Resgatam-se os princípios da clínica ampliada previstos na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (Brasil, 2003), em que se opta por um compromisso radical com a pessoa com a doença, assume-se as responsabilidades sobre os usuários de um serviço de saúde; em que se busca ajuda em outros setores

(intersetorialidade), reconhecendo os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde. Este princípio orientador ajuda também a elucidar o olhar que se teve para a resposta das equipes às perguntas sobre discussão e gerenciamento de caso.

Outro aspecto é que uma equipe de UBSP no Complexo Papuda, já dito aqui, tem profissionais de diversas categorias profissionais, o que significa dizer que é possível um arranjo multiprofissional colaborativo, considerando que um mesmo conjunto de profissionais tem o mesmo território adscrito.

A ideia de equipe de referência não chegou a ser explorada de forma clara nas falas em grupos focais e entrevistas, mas como também já abordado, os profissionais podem estabelecer responsabilidade sob o território a partir da sua categoria profissional. Ou seja, o médico pode ser responsável por um conjunto de pacientes, diferente do enfermeiro e do psicólogo.

Em algum aspecto, algumas falas dos profissionais trouxeram a sensação de que a depender da equipe há uma troca intensa, enquanto em outras "cada um faz sua parte" e no final se junta a "soma das partes". Neste modelo pode haver sobreposição de atividades, desresponsabilização, abandono do tratamento, iatrogenias (Brasil, 2003). Também há um risco de reforçar a centralidade em consultas individuais e médicas.

*Eu cheguei, tem pouco tempo, mas eu não sinto que tenha essa abertura pra discutir casos, pra fazer um trabalho multiprofissional, pensando no usuário. Acho que agora tem uma coisa muito de fazer o meu trabalho e pronto (ESE, P1).*

*É porque em UBS lá fora pra você tem uma relação mais próxima do médico. É uma coisa que eu nem sei se eu devia estar falando, mas é. Uma coisa que eu senti. Senti mesmo, porque a gente fazia, por exemplo, era uma consulta de, vamos supor, gestante, uma com médico, uma com enfermeira, da criança, aqui não. Ai mais cada um no seu quadrado, eu cheguei, já me falaram isso, beleza, né? E o fulano (MÉDICO QUE FOI DA EQUIPE), mas assim, todas as vezes que eu chamei, que eu pedi, ele esteve superacessível. Mas não existe aquele compartilhamento até aqui, eu não percebi, de estar atendendo os dois juntos, discutindo o caso, particularmente. (GF, P5).*

Os métodos de discussão e gerenciamento de caso podem ser planilhas, especialmente as condições crônicas, o uso do SIAPEN, sistema que gera listas, mas essencialmente a discussão de casos mais complexos é feita de forma informal, sem um método definido ou sem este espaço formalmente garantido em reunião de equipe. O uso do projeto terapêutico singular ou apoio matricial também não são práticas frequentes.

*Eu acho que isso não tem padronização nenhuma [a discussão de casos]. Eu acho que fica muito a cargo de cada profissional. Por exemplo, eu tenho essa política assim, quando o cara tá no meu consultório, que eu vejo que ele tem uma demanda que extrapola, que tipo assim, cara, eu não tô conseguindo resolver. Seja uma demanda clínica, ou até, muitas vezes, na maioria das vezes, na verdade, assim, dificuldade de adesão ao tratamento, não tô conseguindo, não tô alcançando aquele cara. Aí eu já falo, ou quando o cara tá no meu próprio consultório, eu vou lá no consultório do médico, da psicologia e falo, cara, tem como você atender? Não sei o quê, cara, não tô conseguindo, não tá dando match, tá tendo uma pane aqui. Ou então, quando o profissional também tá atendendo, não tem como eu ir lá na hora, eu escrevo no papel, faço um direitinho e depois vou lá discutir o caso e falo, cara, tem como você ver esse cara aqui pra mim? (ESE, P8).*

*Não é uma coisa, o que eu quero dizer com oficial, é assim, uma coisa escrita, oficializada mesmo, é um boca a boca, é um, tem como você fazer, não sei o que, é isso, não tem um método, assim, Eu tô tentando, inclusive, implementar isso, que é uma planilha, né? Assim, só que... pra essas discussões de casos, né? Pra casos que, tipo assim, ah, eu vou passar essa... pra até uma devolutiva, porque eu vejo que falta muito isso, assim. Às vezes a gente passa o caso pra outra pessoa, se não for um paciente crônico, que eu acompanho sempre, acontece isso, cai no esquecimento, e depois eu não tenho feedback no que que aconteceu com aquele cara, sabe? Falta muito isso. Eu percebo que falta muito isso aqui. (ESE, P8).*

*Sistematizada não. A gente já pensou isso em separar o horário da reunião de equipe pra discutir casos, mas aconteceu algumas vezes e não foi pra frente. Então, acaba que a gente faz isso individualmente. Então, eu atendo no grupo, preciso entender o caso do paciente, converso com o [médico da equipe] para também dar o retorno para o interno, para entender o que está acontecendo e tudo, qual que é o planejamento (ESE, P3).*

### 7.3.3 Resolutividade e práticas de cuidado

A APP, segundo a PNAISP, deve ofertar cuidado resolutivo e de qualidade, o que dialoga com os documentos internacionais, que citam a necessidade dos subsistemas de saúde prisionais ofertarem cuidados equivalentes a pessoas em liberdade e privados de liberdade. São diretrizes da PNAISP (Brasil, 2014):

Diretrizes da PNAISP:

[...]

II - atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional (Brasil, 2014).

A discussão sobre resolutividade da Atenção Primária envolve o grau de integração da Rede de Atenção à Saúde, considerando-se que os bons desfechos

dependem de diversos fatores, mas não se pode achar que este ponto de atenção da rede é auto suficiente.

A análise das políticas nacionais e locais mostra uma dificuldade em se aplicar e disponibilizar os indicadores de saúde frequentemente utilizados na atenção primária no contexto da saúde prisional e também na dificuldade em se construir indicadores e metas específicas para estes territórios.

Neste contexto de complexidade do território, considerando o contexto de práticas biomédicas com frequência ineficientes para oferecer cuidado adequado às necessidades em saúde, estratégias que superem a lógica de cuidado individual, centrado em consultas médicas, nas abordagens medicalizantes são importantes.

Observou-se que dois conjuntos de práticas foram escolhidos pelos trabalhadores das equipes de APP: grupos e práticas integrativas em saúde (PIS).

Os grupos acontecem em todas as UBSP. Ao longo da história da saúde prisional do DF, foram se constituindo grupos realizados majoritariamente por psicólogos e assistentes sociais encaminhados pelos órgãos do judiciário. Os grupos sexualidade saudável; valorização da vida; e álcool e drogas são 3 eixos desses grupos ofertados por via judicial. Ao longo do cumprimento da pena, podem ser indicadas as participações nestes grupos a depender do crime cometido e da avaliação inicial criminológica. Durante as entrevistas, os profissionais explicaram que são considerados "psicoeducativos", com a participação não obrigatória, embora para o processo e cumprimento de pena pareça ser adequado aceitar o ingresso. Em algumas sessões são abordados temas como a defesa da vida, empatia, questões de gênero (iniquidades e violências), perspectivas, machismo, questões étnico-raciais, ética e valores, dentre outros. Há autonomia para ajustes nos programas dos grupos pelos profissionais responsáveis. Podem haver encaminhamentos internos para estes grupos.

Percebeu-se que as equipes organizam e oferecem outros grupos a depender das necessidades de cada território. Foram identificados grupos para hipertensos, diabéticos, pessoas LGBTQIAP+, promoção da saúde mental, grupos teatrais, pessoas com tuberculose, dentre outros.

As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) foram outras ofertas de cuidado identificadas como estratégias relevantes para superar a oferta de práticas biomédicas tradicionais. Há uma discussão já realizada anteriormente acerca da dificuldade em promover saúde em prisões. Ao longo do campo, diversas PICS foram mencionadas pelos trabalhadores, como auriculoterapia, práticas

antroposóficas e antroposofia, aromaterapia, arteterapia, meditação, plantas medicinais, reiki, bioenergética e terapia de redução do estresse. Embora seja um rol vasto de práticas, a oferta é heterogênea e apenas algumas destas práticas tem oferta regular, embora tenha se reconhecido o potencial destas práticas com efeito na saúde mental das PPL.

Ao longo do tempo no campo foram observados projetos em potencial que esbarram nas dificuldades de se realizar projetos no âmbito da prisão, seja pelos trâmites burocráticos exigidos, para que sejam aprovados internamente pela direção do estabelecimento penal e para conhecimento e aprovação da vara de execução penal, seja pelas dificuldades dos trabalhadores fazerem algo além do previsto, do mínimo, com a sensação de que é "algo a mais".

Dentre os projetos que cabem destaque, ainda em fase de construção, ou que existiram e perderam fôlego, destacam-se projetos que envolvem a leitura. Uma UBSP organizou uma pequena biblioteca de livros adquiridos com recursos próprios e prescreve os livros com teor reflexivo, de autoajuda ou com temática de saúde mental prescritos para pessoas com sofrimento psíquico, insônia, luto, falta de perspectiva, ruptura dos vínculos familiares ou apenas para promoção da saúde mental. Outra UBSP fazia rodas de leitura baseadas nas necessidades de cada grupo, realizando entrevistas individuais e trabalhando questões a partir de uma leitura coletiva.

O trabalho com subpopulações para promoção de saúde mental também foi encontrado. Uma das UBSP trabalhou questões como perspectivas de vida e futuro, orgulho, modificações corporais, preconceito, lgbtfobia, ISTs, religião e espiritualidade com população LGBTQIAP+. Outro projeto com essa subpopulação foi encontrado em outras UBSP usando a técnica de arteterapia. Em ambos casos um dos fatores motivadores foi a dificuldade dos servidores do estabelecimento penal em adequar sua linguagem e entender as especificidades, demandas e necessidades. Por esta mesma razão, a equipe de saúde de uma UBSP do regime fechado organizou um seminário contra LGTBfobia dentro do sistema prisional, discutindo gênero e relações de gênero com todos os servidores da polícia penal, educação e saúde.

Em uma UBSP do regime provisório a entrevista ocorreu numa sala com muitas plantas, cujo profissional também utiliza aromaterapia em suas consultas. Havia também uma janela aberta, de frente para um pequeno horto. Há uma construção de um projeto para que este horto seja um projeto vinculado ao trabalho em saúde, misturando horto, plantio de plantas medicinais, reintegração social e promoção da

saúde. Um grupo de profissionais também manifestou este interesse e realizou o curso de sensibilização de fitoterápicos da SES-DF.

O DF tem papel histórico na discussão e manutenção das farmácias vivas públicas e produz medicamentos com a participação de usuários do SUS, em centro de práticas integrativas (CERPIS), assim como, parte dos fitoterápicos produzidos no DF na rede pública é produzido numa fazenda dentro do Complexo da Papuda. Estas estratégias mostram caminhos para propostas que superem lógicas medicalizantes e biomédicas, mesmo em território complexo como as prisões.

Os principais achados relacionados à Integralidade na saúde prisional revelaram algumas potencialidades e desafios envolvidos na prestação de cuidados de saúde no contexto carcerário. A Integralidade, conforme o referencial teórico do campo da Saúde Coletiva, abrange um certo aspecto em como as equipes de saúde lidam com a diversidade das demandas de saúde das PPL, procurando oferecer um conjunto de serviços que vão além do tratamento biológico, incluindo aspectos sociais e psicológicos. No entanto, identificou-se uma variação significativa na forma como as equipes abordam a integralidade, com práticas de cuidado muitas vezes fragmentadas e uma ausência de métodos sistemáticos, como o uso do Projeto Terapêutico Singular, para a discussão e gerenciamento de casos.

O trabalho em equipe surge como um aspecto essencial, porém heterogêneo, na concretização da integralidade do cuidado. As entrevistas e os grupos focais revelaram que, embora algumas equipes demonstrem uma forte predisposição para a troca e discussão de casos, em outras há uma divisão mais rígida de papéis, com pouca interação e colaboração entre os profissionais. A autonomia dos profissionais é destacada, mas ao mesmo tempo, a falta de uma abordagem estruturada para a discussão de casos pode levar à descontinuidade do cuidado e a uma prática mais centrada em consultas individuais e pontuais. Este cenário reforça a necessidade de estratégias que promovam uma maior integração e coordenação entre os profissionais de saúde.

Em relação à resolutividade e práticas de cuidado, constatou-se que a Atenção Primária à Saúde no contexto prisional enfrenta desafios para garantir cuidados resolutivos e equivalentes aos ofertados fora do sistema prisional. A análise mostrou uma diversidade de práticas adotadas pelas equipes, como a realização de grupos temáticos de educação e saúde e a implementação de Práticas Integrativas e Complementares, que se mostraram estratégias importantes para superar as limitações

do modelo biomédico tradicional. Essas práticas, embora variem em oferta e regularidade, demonstram potencial para promover a saúde mental e o bem-estar dos internos, oferecendo alternativas de cuidado que vão além da medicalização.

A discussão e gerenciamento de casos, um componente-chave para a Integralidade, também apresentaram variações significativas entre as equipes. Enquanto algumas adotam práticas informais e baseadas em acordos individuais para a discussão de casos, outras carecem de sistematização e metodologias definidas. A ausência de ferramentas como o apoio matricial e o Projeto Terapêutico Singular ressalta uma lacuna na coordenação do cuidado integral e no acompanhamento contínuo dos pacientes. Isso pode resultar em sobreposição de atividades, desresponsabilização e até mesmo abandono de tratamentos, apontando para a necessidade de um maior investimento em estratégias que favoreçam a interdisciplinaridade e a comunicação entre os profissionais.

No tópico destaca-se que, apesar dos desafios e limitações, existem iniciativas e práticas inovadoras desenvolvidas pelas equipes que buscam promover a integralidade do cuidado. Projetos voltados para subpopulações específicas, como a população LGBTQIAP+, e o uso de recursos como rodas de leitura e hortos terapêuticos, evidenciam a criatividade e a dedicação dos profissionais em ofertar cuidados que considerem as necessidades e demandas diversas e complexas da população privada de liberdade. Essas iniciativas, ainda que pontuais, representam copos de água no deserto e demonstram a possibilidade de construir práticas de saúde mais integrais no ambiente prisional.

#### 7.4 Longitudinalidade

Cuidado de condições crônicas
Comunicação interna e estratégias de continuidade

#### 7.4.1 Fio de vida

*“São 10 anos, Doutor. 10 anos levando tapa na cara, sentando no chão, sendo humilhado nesse lugar. Me colocaram para morrer aonde eu tinha guerra e eu levei isso aqui [mostra uma cicatriz de facada no lábio]. Eu sobrevivi e to aqui.”*

*Sabia que aquela consulta seria difícil. A morte na prisão é uma falha do sistema. Por mais estranho que seja o sistema. Então a prisão é para afastar da sociedade e em termos oficiais reintegrar socialmente. No fim, sabemos da sede de vingança para que as pessoas sofram o máximo possível por seus crimes, uma espécie moderna do suplício judiciário.*

(...)

*“As pessoas lá fora deviam saber o que vir para cá. Não vale a pena. Isso aqui é horrível. Ser tratado como cachorro, Doutor.” Ele ecoou a versão moderna do suplício.*

(...)

*“Agora eu quero ir para junto deles. Junto da minha família. Essa lágrima aqui é a última.”*

*Três dias antes ficou sabendo que a avó, com leucemia, havia falecido. Ela era a sua referência afetiva no mundo em liberdade. Em geral, percebo que muitos tem uma ou duas figuras que ainda mantêm esse fio de contato com o mundo livre. É como se seus afetos com o amor, com um porto e bases seguras fossem uma corda gasta, prestes a romper.*

*A corda simbólica de Schimit rompeu. Conversamos sobre o fio de vida que resiste*

*Decidido pelo suicídio, repetiu. “Eu agradeço sua boa vontade, Doutor. Eu já disse tudo que precisava. Fica tranquilo, não vai dar nada para você”. (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

#### 7.4.2 Limite

- Euler, quando você esteve bem na sua vida?

- Você diz, a vida toda? - me perguntou.

*- Sim, qualquer momento da vida.*

*E começou a chorar, chorar, chorar. Sem parar. Disse que era feliz até os 13 anos. O pai era uma referência, uma pessoa que tinha carinho. Um belo dia, contou que ele sumiu. Depois sua mãe e seus irmãos sumiram.*

*-Me deixaram só. Não sobrou ninguém. Depois disso, eu só tive ódio. Nada mais. Quando o ódio vem, eu não sei controlar.*

*E contou que não queria mais ser assim. Não queria matar ninguém, não queria sentir ódio. Mas toda vez que acessava essas lembranças não sabia o que fazer.*

*-Eu não posso confiar em ninguém. Ninguém presta. Não vale a pena. (...)*

*-Euler, não estou aqui para achar explicações da sua vida na sua infância, nem tentar te mostrar nada. Seria leviano da minha parte. Só o que eu quero dizer é que talvez existam outras formas de existir que não essa a que você viveu até aqui.*

*-Eu não sei mais quem sou eu, quem é o Euler. - me disse. Percebi que havia ambiguidade. Havia um desejo de viver.*

*Euler estava há pelo menos cinco anos numa cela sem luz, sozinho, sem família, sem atividades, sem banho de sol. Vários pacientes me diziam que nem cachorros eram tratados daquela forma. Ele ainda ficaria anos naquela situação. Sua pena em regime fechado é longa. Jovem, ainda teria a chance de estar em liberdade, mesmo que muito tempo depois.*

*-Doutor, eu só te peço: não me deixe voltar para a cela. Agora me colocaram com outras pessoas. Eu não sei se vou aguentar. Eu vou me matar ou vou matar alguém. Eu estou prestes a fazer uma besteira. - E repetiu isso muitas vezes.*

*(...)*

*Fiquei pensando que acessar algum sentimento de esperança é o que nos conecta a vida. Será mesmo que ele não pode ter outro sentido de existência, além de viver esse ódio horrível, que causa tão mal a quem passa por sua vida?*

*Depois de alguma escuta e reflexão um final surpreendente me trouxe a outro dilema:*

*-Doutor, você pode me dar um abraço?*

*Pedi um abraço e eu tive que tomar uma decisão rápida. Abraçar ou não? Será que ele queria um abraço genuíno ou será que ele estava prestes a fazer uma besteira e que queria me agredir? Meu medo me dizia que ele podia me matar ali*

*mesmo. Mas meu medo estava ali para me proteger ou eu estava deixando contaminar demais minhas escolhas?*

*Decidi o abraço. Não é habitual. Não me agrediu e ainda me disse:*

*-Eu sei que esse abraço é de verdade. Obrigado. Há muito tempo eu não tinha um abraço. - Pareceu-me muito sincero. Despediu-se e retornou à cela (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

#### 7.4.3 Cuidado de condições crônicas

As condições crônicas são centrais para o êxito prática da APS, considerando a resolutividade como princípio anteriormente mencionado. Embora este cuidado seja uma tarefa de toda a equipe, chamou a atenção durante o campo o protagonismo e a centralidade do profissional da enfermagem. Há variações das estratégias nas equipes, mas, em geral, o envolvimento desta categoria é notável em tarefas como a vigilância das listas, os tempos para realizações de exames e retornos e dispensação de medicações.

Para identificar quem são as pessoas com agravos crônicos observou-se que o sistema mais utilizado é o oferecido pelas forças de segurança, o Sistema de Administração Penitenciário (SIAPEN). Os profissionais se queixam de críticas também muito frequentes por gestores e profissionais extramuros, que têm dificuldade de se gerar listas pelo e-SUS. Estas listas tem nome, condição de saúde e medicamento em uso, não havendo outros dados clínicos, como última consulta ou parâmetros laboratoriais ou de exame físico. Algumas equipes trabalham com planilhas, mas foi observado que em geral há um profissional que alimenta as planilhas, não sendo comumente um trabalho coletivo de alimentá-las. Existem profissionais que preferem o uso de livros, cadernos e anotações pessoais. Nem todas as equipes utilizam a lista de problemas do e-SUS como forma de acompanhamento.

Condições crônicas, como viver com HIV, hipertensão, diabetes, asma, tuberculose, hanseníase, são conhecidas como programas. Chamar de programa ao invés de “linhas de cuidado”, para além de uma mera formalidade, remete a uma lógica de operacionalizar o cuidado de forma mais vertical, centralizada em algumas categorias profissionais, ainda muito presentes nos serviços de saúde. Uma das

hipóteses é que o desenvolvimento da saúde prisional ao longo dos anos no DF foi feito em paralelo com o desenvolvimento da APS extramuros, esta última que também passou por uma reforma tardia, em 2017, para aprimoramento da APS mais na lógica de ‘APS abrangente’, como as ambiguidades dos processos de transformação para este modelo.

Um fator muito positivo identificado no cuidado às condições crônicas é a facilidade que as equipes encontram, mérito também de sua organização e logística, para coletar exames. Para manter a regularidade de coleta de exames, como carga viral para pessoas vivendo com HIV, ou hemoglobina glicada para diabetes mellitus, a equipe pode organizar um mês ou definir a periodicidade e realizar a coleta de todos num mesmo período, garantindo números próximos a 100% de realização destes itens dos protocolos clínicos. A dispensação de medicamentos pode ser feita para todos, mas encontra maiores dificuldades, pois depende das logística do número de policiais escoltantes para que se realize esta tarefa.

Como abordado anteriormente, no subcapítulo “Acesso”, os profissionais não circulam livremente até as celas para conversar com as pessoas privadas de liberdade. Nas regras de segurança locais é importante que haja escolta policial para ir até as PPL ou para receber as PPL na unidade de saúde. Então caso haja na agenda 10 pessoas para receber medicamentos, 10 para atendimento médico, 10 para atendimento de fisioterapia e 5 para atendimento odontológico num mesmo turno, é preciso que haja policiais e espaço físico na unidade para escoltar o deslocamento, permanência, trânsito interno na unidade de saúde e retorno para as celas de 35 pessoas privadas de liberdade, procedimento logístico complexo.

A adesão ao tratamento é uma questão. Doenças como tuberculose, hanseníase e HIV sofrem estigmas nas celas e é difícil manter sigilo. Se uma PPL recebe uma medicação antiretroviral para o HIV, precisará armazenar numa cela superlotada, dificilmente mantendo sua privacidade em relação às razões do tratamento. Os mitos em relação às formas de transmissão geram estigma e violência entre as PPL.

Quando uma pessoa tem tosse, há a necessidade de imediata coleta de exames para tuberculose. No entanto, há um receio por parte das PPL que sejam suspensas visitas de familiares e banho de sol, o que com alguma frequência inibe a pessoa com o sintoma de informar o que se sente, por vezes, pressionado pelos demais. Houve casos graves similares na ocasião da COVID-19, em que havia de fato suspensão de

visitas e banho de sol quando havia casos suspeitos.

Manter orientações alimentares para condições como hipertensão e diabetes são desafiadoras. Embora existam dietas disponíveis no sistema de solicitações de dieta, com frequência as PPL se queixam que as alimentações são qualitativamente e quantitativamente insuficientes e veem pouca melhora quando são solicitadas alimentações especiais para condições crônicas. Houve investigações em 2024 para surtos de diarreia e relatos de perda ponderal.

Os profissionais de saúde organizam estratégias conjuntas, como orientar a partir do que as PPL informam receber de alimentos aquilo que é possível adaptar para se aproximar das orientações para as condições crônicas.

#### 7.4.4 Comunicação interna e estratégias de continuidade do cuidado

A comunicação interna e as estratégias de continuidade são elementos fundamentais para garantir um cuidado efetivo e longitudinal na Atenção Primária à Saúde no contexto prisional. O Manual sobre Saúde nas Prisões da OMS (2017) destaca a importância de uma revisão regular dos pacientes, sugerindo um conjunto de perguntas para guiar esse acompanhamento e assegurar a integração do plano de cuidados, tais como estas a seguir:

- a) *Quais são os principais problemas de saúde da pessoa privada de liberdade?*
- b) *O paciente representa um perigo para si mesmo?*
  - *Ele/ela tem uma doença grave ou está retirar-se de uma dependência de uso indevido de substâncias ou medicação correta?*
  - *Ele/ela corre risco de automutilação ou suicídio*
- c) *Algum problema de saúde imediato (questões 1 e 2 acima) sob controle?*
- d) *Os problemas requerem uma avaliação mais detalhada e um plano de tratamento?*
- e) *Qual é o histórico anterior e a avaliação mais ampla deste saúde da pessoa?*
- f) *A pessoa precisa de avaliação especializada, planos de tratamento ou relatórios adicionais?*
- g) *A pessoa necessita de um plano de cuidados integrado para vários problemas, por exemplo, para a saúde mental e problemas de dependência?*

- h) *Quem tomará medidas relativamente aos planos de cuidados?*
- i) *O que pode ser feito?*
- *para o paciente*
  - a) *pela equipe de saúde*
    - *pelas equipes de cuidados secundários ou especializados, quando necessário*
    - *pela equipe de reabilitação*
    - *pela prisão em geral?*  - j) *Existem outros determinantes-chave que influenciam a saúde e o bem-estar do paciente, tais como habitação, bem-estar ou questões familiares?*
- (ONU, 2017, p. 175).

Além das planilhas e do uso do SIAPEN, anteriormente mencionados e que parecem ser a forma mais comum de identificar quem precisa de retorno ou revisão, também foi identificado que alguns profissionais utilizam o catatau para manter a comunicação aberta.

A responsabilidade de solicitar nova consulta, nesse caso, é do próprio paciente. Em outros contatos com os profissionais, houve uma citação frequente de já deixar agendado o retorno, entendendo a restrição e autonomia que a PPL tem para pedir consulta. E com um trabalho mais controlado e tutelado pelos profissionais de saúde, também acaba sendo uma tarefa de “vigiar” o momento de retorno para resultado de exame, por exemplo, e reavaliações em geral.

*Então, a gente pode, o profissional mesmo que atendeu, já deixar agendado o retorno, ou, eu costumo fazer bastante, solicitar que eles mandem um catatau, quando eu faço um ajuste de medicamento, quando a gente precisar coletar algum exame, eu falo, ó, depois de tantos dias, após coletar o exame, me manda um catatau avisando que você coletou, ou então assim, daqui a 20 dias me manda o catatau falando qual efeito que essa medicação teve, aí eu vou te chamar de novo, né, e tem funcionado. Não é sempre, porque foi algo mais recente, que eu comecei a fazer agora, mas ele já tem dado retorno, então às vezes a gente pede algum exame de imagem, o paciente faz o exame e fala, “Doutor, eu fiz o exame, quero saber o resultado.” Manda o catatau e já coloca na agenda e chama. (GF, P1).*

Cabe aqui um destaque para exames. Estes, quando prontos, ficam acessíveis para consulta do profissional solicitante. Isso demanda organização para que haja uma planilha, por exemplo, onde se possa checar se determinado exame pedido, foi realizado. Da mesma forma para as consultas externas. O fato de uma consulta estar agendada por via SISREG não garante sua realização. Ainda é necessária uma organização para que no dia haja escolta policial e que essa saída esteja formalmente

autorizada pela direção do presídio. Se num mesmo dia ocorrem, por exemplo, oito agendamentos, é provável que não haja escolta policial suficiente para cumprir todos os pedidos, havendo a necessidade de reagendamento. Isso significa que múltiplos reagendamentos podem acontecer e que a organização para escoltas policiais externas é determinante para o itinerário das PPL nas RAS do SUS.

O cuidado longitudinal proposto depende de o profissional estar atento para reagendar a PPL sempre que chegar um resultado de exame, caso o contato tenha uma solicitação de exame. Neste caso, existe uma cadeia de eventos que precisa acontecer. O profissional solicita o exame, caso seja feito internamente, é agendado para coleta e entrega no laboratório. Caso seja exame externo ao presídio, necessita levar a pessoa para realizar o exame, retornar com recomendações e, caso não fique pronto imediatamente, a polícia penal, em geral, é responsável por obter o laudo, o resultado, entregue ao médico ou ao enfermeiro, que recebem o resultado, inserem no prontuário eletrônico e têm a opção também de arquivar em prontuário físico. Cada UBSP situada em cada presídio tem arquivo disponível para tal. Assim, ao finalizar estes itens da cadeia de eventos, o profissional ao receber resultados de exames, pode reagendar a pessoa para continuar o plano de cuidados.

Os achados sobre a longitudinalidade do cuidado no contexto prisional ressaltam a importância de uma comunicação interna eficaz e de estratégias bem delineadas para garantir a continuidade do cuidado. A complexidade do ambiente prisional impõe desafios para a manutenção de um acompanhamento regular e integrado dos pacientes, especialmente daqueles com condições crônicas. A falta de autonomia das PPL para solicitar consultas e a necessidade de coordenação rigorosa para a realização de exames e consultas externas evidenciam isso. Estratégias como o uso do "catatau", planilhas e o sistema SIAPEN demonstram a adaptabilidade dos profissionais diante dessas limitações, embora também revelem a necessidade de um aprimoramento contínuo na comunicação e gestão de cuidados.

No entanto, a eficácia dessas estratégias é limitada pelas condições estruturais e burocráticas do sistema prisional. A dificuldade em garantir a realização de consultas externas, a dependência de escoltas policiais e a necessidade de múltiplos reagendamentos refletem um sistema onde a continuidade do cuidado enfrenta obstáculos em cada etapa do processo. Apesar dessas barreiras, o empenho dos profissionais de saúde em monitorar ativamente os retornos, ajustar medicações e garantir a realização de exames mostra uma dedicação em oferecer um cuidado que

vai além das limitações institucionais. Essa postura ética e responsável ajuda manter algum acompanhamento longitudinal.

A experiência no acompanhamento de condições crônicas no ambiente prisional evidenciou o protagonismo da enfermagem no controle e vigilância dessas condições. A equipe de enfermagem desempenha um papel central na organização das listas de pacientes, no monitoramento da realização de exames e no gerenciamento da dispensação de medicamentos.

Porém, a continuidade do cuidado depende não apenas da ação individual dos profissionais, mas também da capacidade do sistema de saúde prisional de criar fluxos e protocolos que facilitem o seguimento dos pacientes.

A longitudinalidade também é afetada pela forma como as condições de vida na prisão influenciam a saúde mental e o bem-estar das PPL. Os relatos dos profissionais de saúde demonstram a profundidade do sofrimento e a necessidade de estabelecer um fio de esperança para aqueles que enfrentam situações extremas de isolamento e desespero. A continuidade do cuidado, nesse sentido, não se limita ao monitoramento de parâmetros clínicos, mas também à oferta de suporte emocional e à construção de vínculos que possam proporcionar algum sentido de existência para os internos. A manutenção desse fio de vida, mesmo em um contexto tão adverso, é uma demonstração do compromisso das equipes de saúde em promover um cuidado integral e humano, apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas no cotidiano das prisões.

## 7.5 Família

Família	Papeis da família no cuidado
	Relações das equipes com as famílias

### 7.5.1 Peso, pesado, pesar

*Fui chamado para atender uma urgência. Quando cheguei percebi que era uma mulher de branco, que veio ver seu filho privado de liberdade. No Complexo da Papuda, familiares usam branco, assim como as pessoas presas.*

*O policial adiantou:*

*“Ela desmaiou lá dentro e caiu.”*

*Maria disse que as pernas estavam doendo muito, contraídas, que estava muito difícil andar. Quando ela começou a contar a história na sala de acolhimento, percebi que haviam elementos sensíveis e a chamei para o consultório.*

*Raramente atendemos familiares. Gostaria muito desse contato, mas já é difícil ofertar cuidado de qualidade e amplo acesso às pessoas privadas de liberdade, logo nem levanto essa sugestão a equipe, pois é tema polêmico. É verdade, não temos pernas para mais.*

*As dores de Maria eram para além das pernas. Sentou na cadeira do consultório. A mesma que seu filho sentaria para atendimento.*

*“Doutor, eu já pedi para ele parar. É muita preocupação, eu não aguento.” Demorei para entender.*

*“Ele vai para o castigo de novo. Essa dívida que ele tem, eu não tenho como ficar pagando. Já disse que não posso mais trazer fumo.”*

*Fiquei preocupado. Se ela tivesse trazido drogas, sairia da UBS presa em flagrante. Entendi depois que não. Ela havia trazido cigarro, proibido na cadeia desde 2019. Mas não seria presa.*

*“Ele vai para o castigo de novo. Não vou poder visitar. Vão suspender. Eu não aguento. Eu não aguento mais. É muita preocupação”.*

*Acendeu o alerta de uma preocupação insuportável, que causa dores nas pernas, contrações fortes, assim como dores de cabeça. Maria contou que tem síndrome do pânico, que não consegue ficar dentro de ônibus que andam mais rápido. “Eu desço e pego outro que vá mais devagar”.*

*Moradora das cidades satélites do DF, li seu prontuário.*

*“Vi que você é acompanhada numa UBS, Maria. Como tem sido?”*

*“É muito difícil ser atendido lá na minha UBS. Me passaram um remédio que não estou podendo comprar, esse escitalopram.”*

*Deprimida, ansiosa, contraída, doída. Preocupação que pesa mais do que pode carregar. Tenta proteger os filhos, os vários, incluindo os outros em liberdade. O mais novo tem 4 anos de idade.*

*“Nem conseguir trabalhar, eu consigo.”*

*Acessei toda a reflexão que faço sempre nos dias de visita. A caminhada da portaria do presídio até a UBS Prisional dura uns cinco minutos. Sempre passo por*

*uma multidão de visitantes de branco, entre homens e mulheres, especialmente as mulheres, mais numerosas.*

*Penso nas histórias, nas biografias. Penso no sofrimento de vestir branco em casa ou na rodoviária, pegar alguns ônibus, esperar aquele único que entra na Papuda. Aguardar no estacionamento, separar alimentos, roupas e itens de limpeza. Passar por revista. Fico imaginando o misto de sentimentos, emoções e sensações de saudade, dor, vergonha, culpa, raiva, cansaço, alegria, desespero. Algo que imagino, mas não atinjo. Os dias da visita das crianças então, nem se fala, fico de coração partido.*

*Pensei em Maria. Ali na minha frente, chorando. Preocupada com as dívidas do filho, aceitando entrar com itens ilegais na tentativa de protegê-lo. Adoecida, mentalmente adoecida, sem tratamento adequado. Lembrei dos artigos que li sobre os familiares. Sobre eles terem a sensação de que “pagam a pena” juntos de seus entes queridos, seja pela dificuldade de ter um familiar encarcerado, seja pelo sofrimento causado pelas escolhas de vida erradas, seja pelas dificuldades e barreiras das políticas públicas em garantir direitos.*

*Ao menos aquele contato acabou bem. Maria tomou umas gotas de clonazepam, ofereci biscoitos. Estava há muito sem comer. Brinquei que podia oferecer chá, mas não café. Vivia à base de café. O combustível para a energia da vida e também retroalimentador da ansiedade. Deitou um pouco. Pedi que respirasse fundo. Combinamos de tomar coragem e retornar à UBS. Enfrentar as inconsistências do aguerrido SUS, que era um dos caminhos para lhe apoiar. Escrevemos uma carta para sua equipe de saúde, nos cumprimentamos e lhe desejamos o melhor (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

A narrativa que introduz esse tópico ilustra a carga emocional e física que recai sobre os familiares das pessoas privadas de liberdade e como a família, especialmente as mulheres, muitas vezes carrega o peso do encarceramento junto com seus entes queridos, enfrentando preocupações constantes, adoecimento mental e a difícil tarefa de navegar entre a preocupação pelo bem-estar do filho e as próprias necessidades de saúde. A narrativa revela não apenas o sofrimento individual de Maria, mas também as falhas sistêmicas na assistência à saúde, tanto para os internos quanto para seus familiares. Apesar das limitações e desafios, o breve encontro com Maria demonstra uma abordagem mais inclusiva e sensível às necessidades da família no contexto prisional. Isso ressalta a necessidade de um olhar mais atento e uma atuação mais

integrada das equipes de saúde, que possa contemplar não apenas o cuidado direto à pessoa privada de liberdade, mas também o apoio à rede familiar que, muitas vezes, luta silenciosamente para oferecer suporte e manter-se resiliente diante de um sistema que tende a invisibilizar suas dores.

Os conceitos de família têm evoluído ao longo do tempo, refletindo as transformações sociais e culturais de diferentes sociedades. Tradicionalmente, a família era vista como um núcleo formado por pai, mãe e filhos, uma unidade nuclear que cumpria funções específicas, como provimento econômico e educação dos filhos (Bertalanffy, 1968). No entanto, essa visão burguesa tem se expandido para incluir uma diversidade de arranjos familiares, reconhecendo que a família é uma entidade dinâmica e complexa, composta por indivíduos unidos por laços afetivos, consanguinidade ou co-residência. Segundo Fernandes e Curra (2005), a família é um sistema aberto, onde ocorrem as primeiras trocas afetivo-emocionais e a construção da identidade, sendo um espaço para o reconhecimento da diferença e o aprendizado sobre o unir-se e o separar-se.

O pensamento sistêmico é fundamental para a MFC ao considerar a família como um sistema interdependente. A abordagem sistêmica se opõe ao modelo cartesiano de causa e efeito, propondo que os problemas de saúde não podem ser compreendidos isoladamente do contexto em que a pessoa vive. A família pode ser entendida como um conjunto de partes independentes e interdependentes e o adoecimento de um indivíduo pode influenciar e ser influenciado pela dinâmica familiar. Asen et al. (2012) sugerem que a terapia familiar sistêmica implica em entender as relações dentro do contexto familiar, incluindo crenças, histórias e como os membros lidam com sintomas e doenças.

Para a MFC, a compreensão da família como um sistema é essencial para a prática clínica, na medida em que a abordagem familiar permite ao médico de família entender os determinantes de saúde que afetam o paciente e sua família, indo além da avaliação individual. A família pode tanto proteger quanto prejudicar a saúde de seus membros, dependendo de como lida com os problemas e as crises.

O modelo tradicional de família, centrado na estrutura nuclear composta por pai, mãe e filhos, tem sido criticado por não abarcar a diversidade das configurações familiares contemporâneas. A estrutura familiar passou por inúmeras transformações, com a inclusão de famílias extensas, monoparentais, reconstituídas, institucionais e homoafetivas, entre outras. As mudanças culturais e comportamentais das famílias

refletem as mudanças sociais, como o aumento do número de mulheres como chefes de família e a presença de casais sem filhos, famílias unipessoais e arranjos familiares que fogem da norma heteroafetiva (Doricci et al., 2017).

O contexto familiar tem um impacto significativo nos processos de saúde e adoecimento. A família pode ser um fator protetor ou de risco, influenciando na maneira como os membros lidam com o estresse, a doença e a busca por cuidados de saúde. O apoio social e emocional fornecido pela família é crucial para o enfrentamento de doenças crônicas e situações de crise. A abordagem sistêmica na MFC considera a família como parte integral do processo terapêutico, reconhecendo que as interações familiares podem afetar diretamente os resultados em saúde.

Assim, a abordagem familiar é fundamental para a prática clínica do MFC, pois permite uma compreensão mais profunda dos fatores que influenciam a saúde dos pacientes. No contexto da saúde prisional, a questão se coloca sobre como esses elementos devem ser integrados, dado que a privação de liberdade afeta significativamente as dinâmicas familiares e, conseqüentemente, o processo de saúde-adoecimento. A falta de contato com a família e a ausência de um ambiente de suporte podem influenciar negativamente a saúde mental e física dos indivíduos privados de liberdade, abrindo a possibilidade da pergunta sobre como é possível exercitar a abordagem familiar em contexto prisional.

### 7.5.2 Papeis da família no cuidado

A família tem centralidade na saúde mental das pessoas privadas de liberdade. Há aqueles que recebem visita, um fator de proteção para a manutenção de saúde mental e proteção para o sofrimento psíquico profuso. A ausência de visita gera sensação de abandono, tristeza, raiva, desesperança, falta de perspectiva e costuma cursar com transtornos mentais, com desfechos negativos, incluindo recidivas futuras no sistema prisional (Roberts et al., 2017; Tadros et al., 2021).

As pessoas presas que recebem visitas e conseguem acessar outros alimentos, como doces, biscoitos e castanhas (alimentos autorizados no DF para obtenção por familiares), auxiliam, ainda que de maneira tímida, na diversidade alimentar e aporte calórico, podendo auxiliar no status nutricional. Considerando que a alimentação e itens

providos pelo Estado são frequentemente apontados como insuficientes pela PPL, os itens que entram por familiares, kit chamado de 'COBAL' ou "Jumbo" nacionalmente, consegue prover melhores alimentos, roupas, itens de higiene pessoal e limpeza.

Quem não tem estes itens, chamado pelas PPL de "pedra", chega com frequência à UBSP descalço, com roupas velhas, rasgadas, dormindo em condições piores, alimentando-se em menor quantidade. O relato advindo das entrevistas é de que quem não recebe itens externos tem pouco a oferecer em troca, o escambo rotineiro que acontece na cela. Assim, não conseguem "comprar" um espaço melhor na cela para dormir, com mais chance de dormir perto da "brisa" (curta fresta gradeada lateral a porta) e de dormir na "praia" (local ao lado da latrina no chão), perto do "boi" (latrina). Quem não tem familiares visitantes, mas recebe advogados, podem também receber itens externos, o que funciona para familiares que mantêm apoio a distância, como acontece para famílias que moram fora do Distrito Federal.

Receber visitas auxilia na conexão com o mundo externo, reduzindo as angústias relacionadas à falta de informações e notícias de familiares. Há ainda o efeito de acompanhar a vida desses familiares no decorrer do tempo, aproximando as pessoas privadas de liberdade a cronologia real que segue na biografia de seus familiares, por exemplo: acompanhar o crescimento de um filho.

Há situações de pessoas presas que não foram "abandonados" pela família, mas não recebem visitas por esses familiares morarem em outras cidades, estados e não terem condições de viajar para as visitas. Nesses casos, é muito importante pensar na orientação multiprofissional, incluindo a jurídica, para avaliar a possibilidade de recambiamentos para cidades que possibilitem maior proximidade com familiares.

Há aqueles que não recebem nem familiares, nem advogados, nem estão conseguindo defensores públicos e ficam sem itens externos e sem saber informações básicas sobre suas famílias e sobre o cumprimento de sua pena. A saúde mental destas pessoas é ainda mais prejudicada e será discutida mais adiante.

Escrever cartas é uma possibilidade de comunicação. O que as PPL se queixam é de que as cartas demoram para sair da prisão e para chegar, sendo um meio mais gerador de ansiedade e angústia. O acesso a cartas e a canetas é uma queixa frequente das PPL nas consultas.

### 7.5.3 Relações entre as equipes e as famílias

Os profissionais identificam a importância da manutenção dos vínculos familiares. As falas argumentaram em favor do papel, habitualmente mais restrito a alguns profissionais em cada equipe, frequentemente o assistente social ou psicólogo, como aqueles que se dispõem a buscar restabelecer os vínculos familiares.

As equipes também reconheceram, com quase consenso em relação a este ponto, que a participação da família no cuidado das pessoas presas é limitada. Se pensarmos a triangulação possível que pode acontecer entre profissional, pessoa privada de liberdade e família, o que se expos foi que o mais frequente é fazer contato com as famílias de forma instrumental e objetiva, para trazer informações de saúde anteriores ao encarceramento, trazer documentos e exames e comprar medicamentos e insumos não disponíveis pelo SUS.

*Porque eu pego muita demanda da retomada de vínculo, o endereço veio, ele tinha um problema de saúde lá fora, fazer um tratamento, aí eu vou entrar em contato com a família pra tá me enviando os laudos, a documentação pra passar pro médico. Então, geralmente é isso. E eu respondo com um catatau, porque muitas vezes essa demanda de retomada de vínculo, no momento que ele vem pro consultório, eu tento fazer as ligações e não consigo falar com a família. Mas pode ser que posteriormente eu consiga. Então eu faço um catatau dizendo pra ele, olha, eu consigo falar com a sua família, eles vêm te visitar, tá. (GF1,P3).*

Uma fala trouxe a luz de que ao longo da história da saúde prisional do DF, esta não foi a relação desenvolvida com familiares. Descreveu que no passado, anteriormente a COVID-19 a relação com familiares era mais aberta, que era possível trazer familiares para o consultório e que estes contatos passaram a ficar mais restritos. A sensação de que a COVID-19 gerou subtração na organização de vida das PPL foi frequente. Após a COVID-19 houve o fim do uso do dinheiro na prisão, que era usado para comprar itens da cantina. A cantina foi fechada, a visita íntima restrita a um grupo seletivo de pessoas presas, o tempo de visita reduzido para 1 a 2 horas e a visita de crianças foi reduzida a datas comemorativas conforme calendário. Não fazendo juízo de valor para cada decisão anteriormente citada, mas fato é que houve mudanças no curso da COVID-19 que transformaram a prisão em espaços diferentes do que foram antes da pandemia.

As mudanças de acesso a insumos mais facilmente, como dinheiro e cantina,

bem como a maior restrição de visitas e contato das famílias com as equipes de saúde parecem impactar diretamente no modo de vida dessa população. Por um lado, podemos pensar em uma maior vulnerabilização dessas pessoas, considerando a maior restrição desses acessos. Porém, do ponto de vista da segurança, a menor circulação de dinheiro e outros itens pode reduzir situações de violências e extorsões entre as pessoas presas.

Entende-se abordagem familiar no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia que visa entender e cuidar da saúde do indivíduo dentro do seu contexto familiar e comunitário. Esta reconhece que a saúde de uma pessoa está intrinsecamente ligada às dinâmicas familiares e ao ambiente em que vive, levando em consideração aspectos emocionais, sociais, culturais e econômicos. (Gusso; Lopes, 2018).

Alguns profissionais apontaram que abordam a família nos atendimentos às pessoas privadas de liberdade. No entanto, não necessariamente abordar a família é considerá-la como um sistema e como um elemento central no processo saúde-doença, por isso, o achado da observação do campo foi que existem níveis bem heterogêneos desta inclusão da família na abordagem. Ligar para a família para obter insumos e para restabelecer vistas são os dois motivos mais frequentes de contatos dos profissionais da equipe da saúde prisional com familiares. Pode-se refletir que há espaço para um nível maior de aprofundamento da compreensão do indivíduo a partir dos seus papéis no sistema familiar, suas interações, além da possibilidade de ampliar a participação da família nas decisões do cuidado.

Perguntar sobre a família é importante, mas também podem ser úteis outras ferramentas para abordagem familiar, como instrumentos frequentemente utilizados na APS para esta finalidade, como genograma, ecomapa e círculo familiar (Gusso; Lopes, 2018).

*Eu acho que tem... Perguntar sobre a família faz parte, por exemplo, da minha anamnese, de diversas questões, né? Para ver como está esse apoio, quais são esses fatores de proteção ,né, desse interno. E aí o vínculo familiar e o vínculo externo, qualquer forma que seja, a gente entende que é bastante protetor, a gente já tá até consolidado na literatura. Então, acho que pra nossa clínica, facilita, por exemplo, pedir um medicamento externo, e aí você tem contato, que dia que você recebe a visita, aí agora a gente tá até fazendo , né, de não deixar na GEAIT a receita e deixar com o interno a receita, de um medicamento que a família vai trazer, e aí ele leva no dia da visita, entrega pro familiar, acompanha o medicamento. Então, acho que tem esse ponto. E é isso, né? Acho que tem uma coisa indireta, essa é uma parte pragmática da família, mas uma coisa indireta de sempre*

*explorar essas relações familiares e trazer isso na consulta, é uma ação da família que ela nem tá sabendo, mas que tá muito potente ali no cuidado, assim. E faz parte do cuidado com a saúde mental. (GF, P2).*

Nessa fala podemos perceber que esse profissional de saúde entende a importância da rede familiar e da manutenção dessas relações e vínculos, reconhecendo ser um "fator de proteção" essencial para as pessoas privadas de liberdade. O trecho evidencia que tais fatores de proteção se relacionam não só com o maior acesso a insumos e medicamentos, mas ao cuidado em saúde mental, tão relevante na abordagem em saúde nesse cenário. Aqui, o profissional reconhece a limitação dessa abordagem, referindo ser "uma coisa indireta", "uma parte pragmática da família", uma vez que não é facilmente acessível o contato e a aproximação dessas famílias pela equipe de saúde, que seria essencial para uma abordagem familiar adequada.

Nenhuma fala citou diretamente ferramentas de abordagem familiar que podemos utilizar apenas com o paciente, em consultório, como por exemplo familiograma/genograma.

*E aí é interessante para até perguntar algumas coisas, por exemplo, essa semana passada também, o interno, mal mesmo, assim, precisando fazer o exame de imagem, uma nefrolitíase e tudo. A única coisa que ele se preocupou é assim, doutor, se você pedir, só não cai na segunda, que segunda meu filho vai vir, que é a segunda-feira de criança, segunda-feira de criança, né, visita de criança nessa segunda-feira. Sem dúvida, se cair, eu faço questão de cancelar e pedir de novo. Então, assim, umas coisas que não são detalhes, né, que são importantes. Pra ele, vale mais a pena 9 dias de visita do filho, que é de 3 em 3 meses, né, do que um filho de 5 anos. Aí depois eu ouvia, e foi super importante, aniversário do filho é nos próximos dias, e ele contou sobre o que ia ser o aniversário do filho, que ia ser sobre o homem Aranha, foi super importante. Foi até mais analgésico do que qualquer outra coisa. (GF, P2).*

A fala é uma síntese do que se encontra na literatura sobre a importância da manutenção dos vínculos familiares e parentais. A preservação das visitas, evitando atividades da equipe, desses grupos a exames que confrontam com o calendário de visitas é destacado por esta profissional como uma forma de singularização do cuidado.

Podemos refletir se compartilhar o espaço de uma cela cria "laços familiares" entre pessoas privadas de liberdade, considerando que essas pessoas compartilham um espaço íntimo e cotidiano, no qual se formam vínculos e relações complexas, muitas vezes compulsórias, que podem ou não ser afetuosas. Nessas dinâmicas, podem surgir laços de solidariedade e ajuda mútua, com o compartilhamento de recursos escassos, como bens materiais e medicamentos. A "camaradagem" torna-se uma condição de

sobrevivência, pois há a necessidade de estabelecer novos vínculos em um ambiente onde a relação com o mundo exterior é limitada e prejudicada. Por outro lado, essas relações também podem ser marcadas por violência, dominação e imposição, reproduzindo e perpetuando ciclos de agressão. As celas que mantêm a mesma composição por longos períodos tendem a desenvolver crenças e valores identitários entre seus membros, como a criação de rituais religiosos, exemplificados por orações ou leituras coletivas da Bíblia.

Em muitos casos, os indivíduos privados de liberdade que compartilham uma cela, ala ou bloco acabam formando uma rede de apoio, auxiliando uns aos outros em atividades como alfabetização, compartilhamento de itens e até mesmo cuidados de saúde, incluindo a administração de medicamentos, a realização de curativos e ações preventivas, como o suporte contra o suicídio.

Os resultados indicam que a relação entre a família e a pessoa privada de liberdade desempenha um papel definidor no cuidado em saúde, especialmente na manutenção da saúde mental. A presença de familiares é frequentemente entendido como um fator de proteção, trazendo um sentido de apoio e pertencimento para os internos, o que pode atenuar o sofrimento psíquico e reduzir o risco de desfechos negativos, como a recidiva de encarceramento. Por outro lado, a ausência de visitas e contato familiar está associada a sentimentos de abandono, tristeza e desesperança, afetando negativamente o bem-estar dos internos. Além disso, aqueles que recebem visitas regulares tendem a manter melhores condições físicas, a exemplo de manutenção de um peso corporal, devido ao recebimento de alimentos e itens básicos fornecidos pelos familiares. Essa relação direta entre a presença da família e a qualidade de vida dos internos ressalta a importância de estratégias que facilitem e promovam a continuidade desses vínculos no ambiente prisional.

No entanto, as equipes de saúde enfrentam limitações na integração das famílias no processo de cuidado. Embora reconheçam a importância da família para o bem-estar dos internos, o contato com os familiares é muitas vezes instrumental, focado em obter informações de saúde anteriores ao encarceramento ou solicitar apoio para a aquisição de medicamentos e insumos. A pandemia da COVID-19 também impactou negativamente essas relações, restringindo o acesso e a participação das famílias nas visitas e no processo de cuidado. Apesar disso, algumas equipes têm buscado incluir a abordagem familiar nas suas práticas, mesmo que de forma indireta, explorando a

influência dos vínculos familiares durante as consultas e buscando maneiras de acomodar as necessidades e desejos dos internos em relação à família, como evitar marcar atividades em dias de visita. Esses esforços demonstram a importância da flexibilidade das equipes de saúde para abordar as complexas dinâmicas familiares e o impacto que essas relações têm na saúde e no cuidado dos indivíduos privados de liberdade.

## 7.6 Relações interpessoais e vínculo

Relações interpessoais no cuidado/vínculo	Vínculo e desconfiança
	Assimetria das relações

### 7.6.1 Em busca de sentido

*“Doutor, pediram para trazer este preso.”, disse o policial penal escoltante. Claudinei, homem negro, 28 anos, mas achei que tinha 40 anos. Face de sofrimento,*

*fronete contraída, rusga. Tronco levemente inclinado à frente, como alguém com dor lombar.*

*E repetiu a frase de ontem: “Doutor, não estou bem”. “Claudinei, hoje posso te escutar melhor”, lhe disse.*

*“Tenho vomitado há 3 meses. Desde que minha esposa morreu.”*

*Acessando o prontuário percebi que 4 meses antes fora diagnosticado com depressão, em consulta comigo.*

*Chorou. Refletiu:*

*“Eu ainda tenho pelo menos mais dez anos aqui.” Aos 28 anos, deve sair bem mais velho.*

*“Eu perdi minha esposa, doutor. Perdi duas irmãs. Minha mãe veio ontem e me deu vários conselhos, mas ela também tem os problemas dela.”*

*Resolvi fazer o primeiro familiograma desde que cheguei. Por que será que demorou 3 anos para eu abordar a família com uma ferramenta tão básica para a MFC?*

*Foi ótimo. Descobri que são muitos irmãos na família. Que seu pai morreu cedo. Seu pai era etilista, violento, praticava agressões físicas e verbais. Desde a infância Claudinei é considerado agitado e nervoso. Já havia feito vários tratamentos com psicólogo. Passou pelo “menor infrator” cedo.*

*“Eu fazia várias coisas, doutor. Fui jogador de futebol, não deu certo. Cantei rap. Tá até aí no youtube.”*

*“Sério, Claudinei? Fala aí o nome.”*

*E então assistimos o vídeo. Ele cantava uma música enquanto no vídeo o clipe era uma sequência de fotos de amigos. Ele foi se emocionando, lembrando de amigos, namoradas, de atividades, sonhos. Muitos deles se envolveram com crime e morreram.*

*Foram 3 minutos de conexão. Eu o via chorar e, interessado, ouvia mais sobre a sua história.*

*A frente estava relaxada, não estava mais contraída ou rusga. Os olhos eram de melancolia, também parecia um semblante mais leve. Eu estava feliz também. Além da conexão, que faz tão bem para um atendimento de médico de família e comunidade, acho que consegui me desprender das amarras da prisão. Afinal, ela também nos aprisiona.*

*Combinamos uma nova data para conversar. Acho que saiu mais seguro.*

*Desejo a Claudinei que encontre seu propósito. Ao menos hoje, vi sentido e utilidade para o que faço aqui (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

#### 7.6.2 (des)confiança

*Quando cheguei no presídio, fui induzido a não confiar. “Não dá pra confiar em preso”. De fato, os códigos culturais locais, o que acontece, a complexidade de uma instituição baseada na disciplina, na também complexa relação entre a segurança e os internos. Vários elementos te empurram para a desconfiança (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

### 7.6.3 Caminho

*Seus nomes são conhecidos, suas histórias são misteriosas. De alguns, sabemos coisas por seus códigos de infração, alguns pelos atos de indisciplina ou por terem crimes famosos na mídia. Nem sempre é fácil controlar os sentimentos. Quando atendo alguém cujo crime não conheço, me pergunto: “o que será que ele fez?”; “será que causou mal a alguém?”; “será que está aqui justamente ou injustamente?”; “será que a família o visita?”; “será que tem tido contato com a família?”*

\*\*\*

*Esses dias liguei para um familiar. É muito raro um médico ligar para um familiar. Raro em geral, não só no presídio. Eu precisava de dados médicos anteriores à privação de liberdade para continuar o cuidado de uma doença neurológica grave. Não esqueço a reação do familiar. Ele queria pegar o carro e dirigir quilômetros para levar o prontuário. Pedi calma, disse que estaria tudo bem se demorasse alguns dias. A prisão é um universo paralelo, mas não desconectado (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

### 7.6.4 Desengano

*“Tranca um cachorro por muito tempo num espaço pequeno e vê o que acontece, doutor.”*

*Assim me vem o flash dessa consulta. Com frases marcantes que me deixaram reflexivo. Cipriano será o nome dele e em respeito a todas as histórias, sempre há modificação da história o suficiente para manter a essência, mas sem identificações pessoais.*

*Sua boca estava suturada com fio de nylon. Um fio espesso, não o utilizado nas suturas em ambientes cirúrgicos, mas fio de roupa, um fio espesso que costurou os próprios lábios sem ajuda de ninguém. Não é a primeira vez que me deparo com essa situação na cadeia. Nem é tão incomum manifestações como estas, assim como automutilações, atear fogo na cela (nos colchões), greves de fome, dentre outros.*

*Perguntei se gostaria de conversar, mesmo que pelo pequeno buraco que havia*

*sobrado no canto da boca. Respondeu que sim, já havíamos estabelecido uma relação minimamente de confiança antes. Acho que ajudou. Aceitou que cortasse os fios e se abriu* (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).

#### 7.6.5 Vínculo e (des)confiança (lembra de contratransferência)

Quando revisei o material durante leitura flutuante percebi que havia um padrão de repetição tanto nas narrativas, quanto uma certa constante nas falas de grupos e entrevistas focais. Pergunta-se: Há confiança nas relações dentro das prisões? A questão perpassou a relação entre profissionais de saúde e pessoas privadas de liberdade, mas também entre os servidores.

As narrativas apresentadas destacam algumas peculiaridades das relações interpessoais e do vínculo no contexto da saúde prisional. O encontro com Claudinei evidencia como o estabelecimento de uma conexão genuína pode ser uma ferramenta poderosa para romper as barreiras do ambiente carcerário e criar um espaço de acolhimento e compreensão. A história de Claudinei, repleta de perdas e sofrimento, além da descoberta de seu passado através do familiograma e da música, mostram que o vínculo pode oferecer uma forma de cultivar a humanidade e dignidade das pessoas privadas de liberdade, com certos momentos de alívio e esperança. No entanto, essa construção de vínculo não é isenta de desafios, como a tensão entre confiança e desconfiança que permeia o ambiente prisional. A narrativa sobre a dificuldade de confiar nos internos reflete a influência dos códigos culturais da instituição penal, que muitas vezes alimentam a assimetria nas relações e dificultam a criação de uma vinculação terapêutica mais profunda.

As narrativas também revelam o caminho árduo que profissionais de saúde percorrem na busca de um equilíbrio entre exercer seu papel de cuidado e lidar com as complexidades do sistema prisional. O ato de ligar para um familiar para obter informações médicas é um exemplo da tentativa de superar as barreiras impostas pelo isolamento dos internos e a desconfiança inerente ao ambiente. Ao mesmo tempo, casos como o de Cipriano, que manifestou seu sofrimento de maneira extrema ao costurar os próprios lábios, demonstram a profundidade da dor e do desengano que muitas dessas pessoas carregam. Essas histórias trazem à tona a necessidade de um

olhar mais atento e sensível para as relações interpessoais e a construção do vínculo, reconhecendo a importância de oferecer um cuidado que, mesmo diante das assimetrias e desafios, busque promover a saúde daqueles que vivem sob privação de liberdade.

Ao chegar no trabalho na APS Prisional foi dito por um colega que era difícil construir vínculos sólidos nas consultas e isso me entristeceu profundamente. O trabalho da APS depende do estabelecimento de fortes vínculos com enfoque na escuta, empatia, compaixão e afeto nas relações.

O ritmo de trabalho na UBSP é intenso. Entretanto, nota-se que, devido à rotina de escolta das pessoas privadas de liberdade, há momentos específicos em que a unidade apresenta um clima de maior tranquilidade. Isso ocorre nos extremos do turno: no início, enquanto as pessoas presas ainda não chegaram à UBSP, e no final, após terem retornado às suas celas. Essa dinâmica cria períodos em que a unidade fica mais vazia. A percepção do tempo, apesar de subjetiva, também parece ser diferente para as pessoas privadas de liberdade, que têm acesso limitado a relógios (alguns conseguem verificar as horas apenas pela televisão), e para os trabalhadores da saúde. O ritmo diferenciado em relação ao trabalho extramuros sugere uma certa dissociação entre o tempo lógico, relacionado ao funcionamento da rotina prisional, e o tempo cronológico, medido e organizado pelo relógio.

A comparação entre o tempo externo e interno, entre o estado de liberdade e o estado de encarceramento, e entre a vivência do profissional de saúde e da PPL, sugere que, em certo grau, todos podem experimentar uma sensação de estar "presos". No ambiente prisional, essa percepção é intensificada, tornando uma dimensão subjetiva que parece permear as relações interpessoais. Essa vivência de aprisionamento não se restringe apenas à experiência física de estar detido, mas também os aspectos psicológicos e emocionais, afetando tanto os internos quanto os profissionais que atuam nesse contexto.

Essa sensação de aprisionamento subjetivo tem implicações nas relações de confiança, vínculo e afeto entre profissionais de saúde e internos. A constante consciência das barreiras e limitações impostas pelo ambiente carcerário pode influenciar a capacidade de estabelecer relações terapêuticas efetivas. Para as PPL, a privação da liberdade traz consigo uma série de restrições que produzem efeitos na autonomia e na identidade, muitas vezes levando a uma desconfiança geral em relação às figuras de autoridade, incluindo os profissionais de saúde. Por outro lado, para os profissionais, a sensação de estar "preso" também emerge da convivência diária com

as regras rígidas, as normas institucionais e a necessidade de manter uma postura de distanciamento e controle. Essa dinâmica cria um cenário onde a construção do vínculo parece diferente do que se percebe em cenários das UBSs "não-prisionais", exigindo uma constante negociação entre manter a postura profissional e oferecer uma presença empática e acolhedora.

Neste caso, reflete-se aqui o estar preso como uma tensão constante, nem sempre percebida, uma tendência a mais ruídos nas relações, inclusive as de desconfiança.

Entender essa dimensão subjetiva consiste em tarefa essencial para aprimorar as estratégias de cuidado no ambiente prisional, reconhecendo que a criação de um vínculo terapêutico efetivo passa por uma sensibilização mútua e pela capacidade de enxergar a humanidade e as vulnerabilidades presentes em ambos os lados da relação.

No caso das pessoas privadas de liberdade, o que comumente se fala nos corredores é que vivem em "modo sobrevivência" a todo tempo. Então se conseguem ser atendidos na UBSP, tentam aproveitar tudo o que podem extrair desta ida: uma escova de dente, uma caneta, papel, selo, envelope, autorização para não ficar agachado no retorno do banho de sol, medicamentos variados: analgésicos, pomadas antimicrobianas, antifúngicas, antialérgicos, soro de reidratação oral, antibióticos, psicotrópicos; autorização para polivitamínicos, cremes hidratantes, xampu; ligações para família e acompanhamento psicológico. Tudo pode ser de alguma forma um ganho, através de alguma barganha.

*O medicamento é diferente aqui. Você tem o medicamento para a condição do interno. É uma coisa. Mas existe até uma certa desconfiança em relação às informações que o interno traz. Muitas vezes eles trazem uma informação muito modificada e elaborada para conseguir um determinado remédio. Então eles já te induzem a prescrever um determinado medicamento. Isso é muito comum. Então você tem que estar ao mesmo tempo numa relação de confiança, mas ao mesmo tempo numa relação de uma certa desconfiança. Até vendo pela... Não no conflito, sabe? Mas assim, até pelo mesmo cuidado, né? Você precisa cuidar de uma pessoa que você sabe que ela não vai falar muito bem do que ela tá sentindo. Então você tem que tentar adivinhar o que ela tá sentindo ali e fazer aquilo que ela precisa, sabe? (ESE, P6).*

Embora também subjetivo, percebe-se que em algumas situações, mesmo explorando no início todas as queixas do paciente, ao final havia o que se chama "sinal da maçaneta", termo dado para aquele pedido final lembrado tardiamente. No entanto, no caso das consultas nas UBSP, o pedido era para os mesmos itens, aqueles citados acima. Retornar para a cela com estes itens, segundo as próprias PPL contam, pode

representar "dinheiro". Na cadeia dinheiro e moeda se igualam. Como já não se circula mais papel moeda, dinheiro impresso, ter um paracetamol pode representar conseguir uma refeição a mais e vice-versa. Pode ser que seja preciso vender a comida para obter um medicamento. Então, o que se diz na consulta pode não ser aquilo que se sente, de fato, o que amplificar a tal desconfiança.

Sabendo de um certo comportamento coletivo e que se repete, os profissionais ficam "desconfiados" e podem ser induzidos ao erro de desconfiar antes de confiar, tornando o raciocínio clínico desafiador. Se a dor ou a febre não forem verdade, como acertar o diagnóstico?

Outro ponto desafiador são os itens de segurança. Lembro-me que numa ocasião uma pessoa com queixa de ansiedade profusa pedia insistentemente por seu medicamento de uso retal, deixado por seu familiar para tratamento de hemorroidas. Pedia pelo medicamento de forma repetida, mesmo que sua queixa principal fosse outra totalmente diferente. Busquei o medicamento e o policial, experiente, indagou que parecia estar estragado, com o tubo de pomada endurecido. Optou-se por analisar o material e havia papetes de cocaína em seu interior

Qualquer profissional que fizer juízo de valor, desconfiando antes de confiar e generalizar as condutas, incorrerá em atitudes injustas. No entanto, não contextualizar que o tal "modo sobrevivência" induz a barganhas também criará um cenário irreal, que não condiz com os desafios do território. A assertividade é difícil e estas situações podem gerar desafios, dilemas éticos e posturas reativas.

A tutela do Estado a pessoas privadas de liberdade na micropolítica pode chegar com pressão nos profissionais. Como a totalidade dos usuários do subsistema prisional estão 'judicializados', as condutas e práticas são também influenciadas por estes aspectos. Digamos que uma certa conduta médica seja aguardar a evolução dos sintomas, também conhecida como "espera consentida", esta deverá ser a conduta profissional tecnicamente correta. Mas não é incomum a reflexão: "caso haja revisão judicial do caso, como o judiciário interpreta esta conduta? Negligência?" Este tipo de raciocínio também tende a imprimir práticas defensivas.

Este contexto evidencia que as relações no ambiente prisional, por serem institucionalizadas e marcadas por assimetria, apresentam maiores barreiras para a criação de um setting e uma ambiência propícia à construção de confiança e afetividade.

Pessoas em regime fechado, por exemplo, podem passar longos anos na prisão.

Nos espaços de cela, a linguagem pode não ser de apoio social pleno e manifestar emoções como choro em ambiente de masculinidade estereotipada, o que pode não ser aceitável. Por sofrerem contínuas violências, as pessoas privadas de liberdade em regime fechado talvez fiquem também emocionalmente e afetivamente “fechadas”, o que contribui para mais desconfiança.

Nas experiências dos casos acompanhados ao longo do tempo do autor no território, pode-se vivenciar situações de genuína troca de afeto e vínculo. Elas são possíveis. Apesar de desafiador, dadas as camadas de barganhas e “interesses” variados, é mais difícil singularizar as situações, talvez não à toa tenha sido tão raro presenciar discussões coletivas de caso em reuniões de equipe ou elaborações de projetos terapêuticos singulares.

#### 7.6.6 Assimetria das relações

As relações são assimétricas. Já se utilizou a expressão "copo de água no deserto". O que parece de pouco valor extramuros, no contexto da prisão pode ser valioso. Uma autorização para não sentar no chão durante o retorno do banho de sol, uma ligação para um familiar, uma cartela de comprimidos, uma ida a um grupo, assistir uma aula, palestra, realizar um curso, receber uma apostila, tudo pode ter um valor muito maior do que costumeiramente se percebe em liberdade.

Da mesma forma, quando se adocece, há certa potência no adoecimento, aguçando o medo de sofrer, ampliando a percepção de dor, aguçando também o medo da morte. É comum ouvir "não quero morrer aqui na prisão" nos atendimentos, mesmo de quadros menos graves. Sentir dor sem ter imediatamente um analgésico, ter diarreia em cela superlotada são situações que se enfrenta com alguma repetição e que são causadores de sofrimento.

Provocador de assimetria nas relações, os profissionais também podem se sentir pressionados ou impotentes por ter dificuldade de mudar as condições de vida e de sofrimento do outro. Também podem se sentir legitimados pelas condições, dado que o sentimento de que as pessoas presas "estão ali para pagar", sentimento de vingança e de revanche no senso comum que frequentemente se confundem com a ideia de justiça.

Não se pode minimizar que embora seja melhor não saber as razões pelo cumprimento de pena de cada pessoa, pode ser que a própria pessoa privada de liberdade conte em consulta, ou mesmo o profissional fique sabendo por terceiros. É importante considerar o tamanho que as contratransferências tem no profissional. A ciência, por exemplo, de que um certo paciente está chegando de outro presídio por ter cometido um homicídio em cela exige do profissional reconhecer suas emoções e lidar com elas sem que elas abalem seu julgamento crítico. Espera-se que o profissional possa contribuir com o estabelecimento de relações justas, de paz, pois representam a garantia de direitos, o estabelecimento de relações saudáveis, que são, de alguma forma, elementos importantes para uma reintegração social. Se esse mesmo profissional é gerador ou confirmador de mais violências, há uma certa confirmação para pessoas privadas de liberdade de que sua revolta ou sensação de injustiça com o sistema é plenamente correta e não merece ressalvas.

Da mesma forma, embora tenham surgido poucos nas entrevistas e grupos, é importante que o profissional reconheça o lugar das prisões na sociedade, com uma discussão ampla das violências na saúde coletiva e de como aspectos étnico-raciais e de gênero influenciam no aprisionamento, nas biografias das pessoas privadas de liberdade e de sua família e em todas as relações estabelecidas entre profissionais e pessoas presas.

Outro aspecto importante é que pode haver também por parte dos profissionais medo das pessoas privadas de liberdade. Num dos grupos focais este tema surgiu e houve um debate sobre os cuidados que se deve tomar, pois "não se sabe com quem está lidando". Há, portanto, um receio de que as pessoas presas persigam profissionais caso não estejam de acordo com as condutas.

As relações interpessoais e o vínculo no contexto da saúde prisional são marcados pela assimetria das relações entre profissionais de saúde e pessoas privadas de liberdade, influenciando a forma como a confiança e a empatia são estabelecidas. Os relatos de desconfiança e a necessidade de "ler nas entrelinhas" durante as consultas ilustram o ambiente de constante vigilância e suspeita que permeia o cotidiano da atenção à saúde nesse contexto. A influência do ambiente prisional sobre essas relações gera desafios significativos, exigindo dos profissionais uma postura de constante negociação entre manter a postura profissional e oferecer uma presença acolhedora e empática.

No entanto, apesar das barreiras e da complexidade das relações, há também

momentos de genuína conexão e afeto, como visto nas interações com pacientes como Claudinei e Cipriano. Estes casos demonstram que, mesmo em um ambiente tão hostil à criação de vínculos, ainda é possível estabelecer relações terapêuticas significativas. Tais vínculos não apenas auxiliam no processo de cuidado, mas também proporcionam à pessoa privada de liberdade um espaço para se expressar e encontrar algum sentido em meio ao sofrimento. A construção dessas relações, embora repleta de nuances, revela-se essencial para a promoção da saúde e para a criação de um cuidado mais integral e humanizado dentro das prisões. Dessa forma, o reconhecimento da assimetria e das dificuldades inerentes ao ambiente prisional não deve desestimular a busca por uma abordagem que valorize o vínculo e a relação interpessoal, mas sim motivar estratégias mais sensíveis e adaptadas às particularidades deste contexto.

## 7.7 Território, cultura e comunidade

Território, cultura e comunidade	Determinantes sociais
	Competência cultural
	Participação social e autonomia

### 7.7.1 O choro e o tempo

*Voltava de almoço quando ao chegar na minha sala, ouvi o recado de um policial: "Trouxemos um paciente para você"*

*A pessoa era Ramon, um homem branco, alto, sobrepeso, cabelos brancos, face envelhecida. Já havia o atendido algumas vezes. Diabético, insulino-dependente, que nos contatos anteriores se queixou de dor no peito, possivelmente anginosa. Naquela ocasião, no entanto, estava com o rosto inchado, lágrimas nos olhos, vermelhos talvez de tanto chorar.*

*Três policiais o escoltavam. Era uma pessoa considerada perigosa. Ali, aqueles considerados de alta periculosidade tinham maior atenção dos policiais e ficavam em celas com uma ou duas pessoas. Ele já estava ali há muitos anos.*

- *Ramon, o que houve?*
- *Ele se foi, doutor.*
- *Quem se foi, Ramon?*
- *Meu filho. Meu filho morreu. (...)*

*Na minha cabeça, por mais difícil que fosse, eu gostaria de lhe dar o mais profundo reconhecimento de sua dor. Eu nunca quero saber o crime que cometeram e felizmente tenho conseguido me conectar com a dimensão de sofrimento do outro, porque eu não estou ali para aplicar pena, julgar ou fazer da cadeia um lugar ruim, como ouvi muitas vezes. "Ninguém pode gostar daqui da cadeia. Senão, volta." Eu tenho dentro de mim alguma esperança de que uma experiência positiva de cuidado, de dignidade é uma esperança de que as pessoas possam enxergar novos recomeços.*

*- Hoje sou eu quem chora. Mas eu sei que podia ser a mãe do policial que o matou. Eu não vou mentir, doutor. Não queria estar chorando a morte do meu filho hoje. Eu sei que é egoísta. Mas eu não queria que fosse ele..*

*(...)*

*Chorar na cadeia é um sinal de fraqueza. Seja para o policial ou para o preso. Ninguém diz muito isso. Não está escrito em lugar nenhum. Mas dá para ver que na população do presídio masculino, esse aspecto da masculinidade era a norma. Ramon, no entanto, teve o que foi o mais próximo de uma despedida. A possibilidade de chorar alguns minutos sem julgamento. Um choro livre, um choro preso. Doído, reconhecido e escoltado. Protegido e desprotegido, fragilizado. Um luto de um tempo que eu ainda não entendo. O luto na cadeia é diferente. Dura, parece que não passa. O tempo deles é outro, não é o do meu relógio (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

### 7.7.2 Raiva contra o sistema

*“O Sistema não me permite terminar o ensino médio, Doutor. Eles me dizem que é para eu me ressocializar. Eu sei que eu estou aqui porque eu fiz algo errado. Eu não nego. Mas eu não vou passar na prova do ENCCEJA lendo o livro do Dan Brown.”*

*Exatamente desse jeito começou a consulta com Claudomiro. Estava ali*

*porque eu precisava responder a um pedido de atendimento médico feito pelo Ministério Público.*

*“Eu fiz esse pedido mesmo, Doutor. Fiz porque eu tenho raiva. Eu tenho muita raiva desse sistema.”*

*Estava há alguns anos preso e ficaria ainda mais alguns anos. Recebi visita da família, da mãe e da irmã. Chamou-me atenção que não tinha um dente da frente.*

*Perguntei sobre os livros:*

*“Então você está conseguindo receber livros da biblioteca na cela?”*

*“Nem sempre, Doutor. O livro da Agatha Christie eu li sete vezes. Do Augusto Cury, umas cinco. Esse é muito bom.”*

*Entendi que ele gostava de ler. Tinha feito um curso a distância de direito constitucional. Não tinha o ensino médio.*

*A consulta ficou em círculos na raiva contra o sistema. Honestamente, eu empatico com esse sentimento. Mas eu não estava conseguindo achar genuíno aquele discurso. Ele era perfeito no conteúdo, mas é que eu estava esperando aquele pedido de medicamento para dormir no final, sabe? Quase toda a ala dele usa, então recentemente comecei a receber pedidos variados, com histórias tristes, alegres, de luto, dor e sofrimento. Com o mesmo padrão. O pedido do remédio no final. E alguns acham que, uma vez que os outros recebem, é “direito” receber também.*

*Outro dia, disse:*

*“Alto lá, seu fulano. O direito à saúde eu estou garantindo aqui, com você na consulta e um plano sendo pensado para seu problema. Se for para pegar o remédio que cada um quer, não precisa de médico. Cada um pega na prateleira e volta para a cela.”*

*Meus preconceitos não devem atrapalhar aquele ato de cuidado da consulta. Logo, resolvi deixar esta percepção de lado e segui adiante.*

*“Sim, Claudomiro. Eu entendo sua raiva. A sociedade espera de você que você mude, mas as condições não são favoráveis. O que você acha que é possível fazer com isso?”*

*“Você me diz, doutor. O que pode fazer a minha raiva passar?”*

*Eu nem me lembro o que respondi. Eu podia responder muitas coisas do tipo: “Acho que você devia se organizar coletivamente e lutar pelos seus direitos.”*

*Não fui por esse caminho. Insisti no que era possível agora, porque ficar com*

*raiva significava perder o controle, levar uma infração disciplinar, aumentar a pena.*

*Consequentemente, ficar com mais raiva, perder o controle... “Claudio, a raiva não é boa conselheira.”*

*“É. Mas como eu faço se eu sofro tanta violência do Estado?”*

*“É, me parece um ciclo. Mas uma hora essa violência tem que parar, né?”*

*Fiquei pensando em quem vai começar quebrando o ciclo (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

O estudo do território é crucial para entender o trabalho das equipes de saúde prisional e a vida das pessoas privadas de liberdade. O conceito de território, além de abranger aspectos físicos e políticos, revela as dinâmicas sociais e simbólicas que estruturam a vida nas prisões. Considerar o território prisional permite mapear as relações de poder, os fluxos e as tensões vivenciadas pela população privada de liberdade entre a necessidade de adaptação ao ambiente opressivo e o desejo de preservação da dignidade. Assim, a promoção da saúde nas prisões torna-se um campo de complexidade e desafios, exigindo uma leitura contextualizada para potencializar ações mais eficazes.

A ideia de território é chave para entender a constituição da APS brasileira, de base territorial, com clientela adscrita, com responsabilidade sanitária por uma área delimitada por uma demarcação político-administrativa. Sabe-se que a ideia de território na saúde coletiva é maior do que mera definição geoespacial e há uma construção de saberes que perpassa a geografia, antropologia, economia, ciências sociais, dentre outras áreas do conhecimento.

Cada território tem um conjunto de fixos e fluxos que resulta em como as relações entre pessoas, como a coletividade organiza os modos de vida. Essa complexidade dos territórios precisa ser compreendida pelos trabalhadores da saúde, que olham seus usuários, família e comunidade não apenas por aspectos restritos ao setor saúde, mas a outras condições de vida, chamadas de determinantes sociais. Estes determinantes são maiores do que a atuação da saúde e as respostas para ofertas melhores condições de vida passa por uma série de fatores como moradia, renda, acesso à educação, lazer, saúde, transporte, meio ambiente, cultura e etc. A resposta do Estado para buscar o melhor provimento dessas condições, então, também é

resultado da articulação de diversas políticas públicas.

No caso das prisões, podemos identificar que se trata de um cenário comumente desconhecido e marginalizado pela sociedade. De tempos em tempos, notícias são veiculadas para debate público, mas em geral, não se sabe o que se passa na prisões e há uma certa busca pelo distanciamento com estes cotidianos (Davis, 2018). Por isso, este autor em suas entrevistas, grupos e observações optou por denominar estes territórios de território-prisão para reforçar suas especificidades e diferenças com os territórios livres.

As narrativas de Ramon e Claudomiro ilustram como o território prisional, com suas próprias normas, culturas e comunidades, molda profundamente as experiências individuais e coletivas das PPL. O luto de Ramon, vivido em um contexto onde expressar emoções é considerado fraqueza, e a raiva de Claudomiro contra um sistema que ele sente ser injusto, exemplificam os desafios enfrentados por aqueles que vivem nesse ambiente. Essas histórias trazem à tona questões fundamentais sobre os determinantes sociais que afetam a saúde mental dessas pessoas, evidenciando como o contexto carcerário e as estruturas de poder dentro dele podem influenciar o bem-estar. A expressão de emoções como choro e raiva torna-se um ato de resistência em um lugar onde a masculinidade rígida e a disciplina se sobrepõem às necessidades humanas básicas. Dessa forma, compreender as interações entre território, cultura e comunidade no sistema prisional é essencial para abordar de maneira mais eficaz as questões de saúde que aí emergem, reconhecendo a importância da competência cultural e da promoção da autonomia para uma prática de cuidado mais integral.

Território-prisão pode ser entendido como aquele onde pessoas vivem de forma compulsória, durante um tempo definido, com regramento rígido, legitimado por leis, normas e diretrizes, totalmente sob a tutela e responsabilidade do Estado. Como mencionado anteriormente, grande parte da sociedade desconhece o que acontece nesses territórios. Apesar das penas no Brasil serem, em sua maioria, relacionadas à privação de liberdade, com frequência, a privação de outros vários direitos são também impactados diretamente.

Pode-se dizer que as pessoas privadas de liberdade vivem nesses territórios em domicílios compulsórios. Pessoas vivendo em qualquer regime de cumprimento de pena, mesmo que em regime domiciliar, acabam por estar restritas de forma compulsória em espaços confinados. Uma vez que ali exercem sua rotina e tem como abrigo ou morada aquele espaço, ainda que não seja opcional, cabe considerar a cela

como um domicílio obrigatório.

A utilidade da discussão é entender se para os trabalhadores de saúde o olhar para o território-prisão precisa também relevar o contexto e modos de vida destas moradas temporárias, as relações de afeto, positivos e/ou negativos, que ali são vividos de forma específica. Durante o campo de pesquisa, percebeu-se que há uma complexidade na relação entre pessoas da mesma cela, que podem se ajudar, apoiar, brigar, causar violência ou mesmo cuidar. Chamado por uma pessoa presa de 'fraternidade complexa', é ali que passam a maior parte do tempo durante a privação de liberdade e que vivem parte das suas experiências com o estabelecimento penal.

### 7.7.3 Determinantes sociais

#### **Resumo**

*Todas as semanas buscamos os catataus (bilhetes) nas urnas dos pátios. Depois, retornamos para a unidade de saúde para lê-los. Certo dia, recebemos um catatau diferente no conteúdo. Na forma, o habitual. Escrito no verso de uma caixa de suco. Este estava assinado, mas sem o nome. Dizia “preso sofredor”. Parecia uma mensagem numa garrafa. Ao mesmo tempo um desabafo, um protesto, alguns encaminhamentos. A data escrita no bilhete até parecia plena de significado: 22-02-2022. Senti que o conteúdo era uma síntese dos determinantes sociais do território:*

*“Senhor chefe de pátio, queremos melhores condições na nossa alimentação para não ficarmos doentes e precisarmos pedir atendimento junto ao GEIAT [seção da polícia penal que cuida da saúde]. As marmitas não chegam fechadas e sim abertas, esparramadas, propícias à contaminação cruzada (isso já na porta das celas).*

*Nosso material de higiene acabou, estamos sem sabão, sabonete, creme dental, água sanitária, papel, etc.*

*Precisamos ficar limpos, principalmente agora na pandemia.*

*Sabemos que errados somos nós, de estarmos presos, porém estamos pagando a cada dia, e só de ficar aqui já é sofrido!*

*Sem mais delongas, contamos com a sua ajuda.*

*Ass: Preso sofredor” (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

Conforme discutido no capítulo "Território, prisões e atenção primária prisional", os determinantes sociais englobam os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (ONU, 2010).

A narrativa acima ocorreu em 2022 e é uma síntese feita por uma pessoa presa sobre as condições de vida, problemas cotidianos, negligências e seus impactos no processo saúde-doença. Quem escreveu percebeu que a responsabilidade pela saúde estava muito além do acesso a profissionais de saúde, mas também a alimentação adequada e materiais de higiene sob a responsabilidade do Estado e seus agentes públicos.

É controversa a relação entre promoção da saúde e saúde nas prisões, considerada um oxímoro, dada a dificuldade em se garantir as necessidades em saúde para prover dignidade a privados de liberdade. Não se propõe ceticismo em relação a qualquer ação de saúde nas prisões, mas realismo diante de tantas adversidades. Uma resposta de um subsistema de saúde prisional articulado com outras políticas públicas não se enquadra em ações pontuais, focalizadas e em ações curativas passivas, episódicas e reativas. São necessárias ações intersetoriais, embasadas e que possam também discutir a estrutura, as condições, as consequências do encarceramento e as alternativas viáveis para uma outra realidade.

A literatura sobre saúde prisional discute fatores mais específicos que influenciam o processo saúde-doença:

- a) Determinantes sociais, econômicos e de vida dos problemas de saúde relacionados ao estilo de vida;
- b) Superlotação, tabagismo, drogas e dependência;
- c) Diversidade étnica, língua e religião no contexto das drogas e da saúde mental;
- d) Deficiências, especialmente deficiência intelectual ou de desenvolvimento, ou doenças cerebrais;
- e) Álcool e saúde bucal;
- f) Nutrição e infecções;
- g) Más condições de higiene;

- h) Saúde sexual e condições crônicas;
- i) Estilos de vida caóticos e desestruturados;
- j) Relacionamentos abusivos;
- k) Baixo nível educacional;
- l) Transtornos de personalidade;
- m) Falta de ativos ou capital social;
- n) Histórico de abuso passado;
- o) Falta de coesão familiar, dificuldades parentais e relacionamentos

de apoio. (ONU, 2014, p. 178).

Uma das tônicas dos modos de vida que surgiram nas falas dos profissionais é a violência como evento recorrente. Segundo Njaine et al (2020), a violência, além de prática, é uma linguagem humana. E nestas relações, seja entre pessoas privadas de liberdade, entre PPL e Estado, PPL e policiais, mesmo entre PPL e profissionais de saúde existem violências na linguagem das relações, porque o espaço das prisões é legitimador de violências, como já abordado anteriormente nesta tese.

*Então, aqui eu acho que eles vivem muito reprimido. Aqui tem uma onda de violência muito grande. Eu senti muito isso, porque eu também trabalhei em presídio de segurança máxima e eu achava que as coisas lá eram um pouquinho mais leves. Quando eu cheguei aqui, eu fui surpreendida, porque eu acho que a violência, a repressão entre eles aqui é muito grande. É tanto que a gente teve dois casos foram dois, dois óbitos aqui provocados pelos próprios presos. Então assim, não sei por que motivo, mas existe essa onda de violência. (GF1, P4).*

"Onda de violência" é um termo que surgiu na fala acima e encontro eco também nos diários de campo. Durante o período estudado o número de agressões por violência interpessoal e autoprovocada foi elevado e constante. Em geral, o fenômeno de "ondas de violência", momentos críticos em que estes eventos ficavam mais numerosos, tiveram múltiplas motivações. O fenômeno foi relacionado durante o campo com aspectos como insatisfações com a qualidade da alimentação, restrições com visitas, dificuldade de acesso a medicamentos psicotrópicos, maior rigidez na aplicação das regras internas, conflitos internos entre grupos e facções criminosas.

*Depois que teve, a gente teve esses dois episódios de óbito, eu até fiz um projeto pra gente fazer um grupo de redução de violência aqui. E a gente vê que muitos estão aqui há muitos anos, tipo 12, 15. Então assim... E eles*

*vivem em condições muito precárias. E aí foi o momento que eu pude ouvir e eles falam, assim, inúmeras queixas, né? De que não tem melhorias. Mas assim, ao mesmo tempo que eles falam que não tem, quando tem, eles também não valorizam. igual eu tenho acho que 5 anos de presídio (GF1,P4).*

Nesta fala acima os determinantes sociais são trazidos à tona e como a atuação da equipe de saúde na modificação destes fatores, a profissional destaca a oferta de escuta ativa para os problemas.

*Aqui foi a primeira vez que eu vi um grupo de pessoas que vieram de fora fazer um evento com eles. Nossa, eu fiquei chocada no dia que eu vi aquilo, porque é uma coisa que eu nunca tinha visto. E ao mesmo tempo que eles estavam tendo aquela oportunidade, você via que muitos estavam desdenhando do evento, entendeu? Aqui a gente tem um projeto de crochê, Eles vão pro crochê, mas assim, muitos têm um comportamento muito ruim lá dentro. Então assim, a ressocialização é uma coisa assim, tem que ser muito enraizada ainda, né? Porque ao mesmo tempo para que eles têm oportunidade, eles não utilizam essa oportunidade para uma evolução, tanto por conta de pena, como de pessoas, né, que evoluem. de pessoas, de seres humanos, né? Durante esses grupos que não consegui fazer muito porque as demandas são grandes também, mas esse espaço que eu vi, os grupos eles reclamam das mesmas coisas, que passam muita fome, que a comida é horrível, que a convivência tá muito ruim na sala deles, eles mesmo falam, a gente teve assim, Eu estava com a GEAIT e teve momentos em que teve denúncias falando de preso, que tinha um comportamento muito agressivo (GF1,P5).*

*E assim, o meu papel ali era tentar remediar, era tentar acalmá-los. Falando dessas situações que a gente teve, porque eu sempre falei, eu acho que foram situações extremas, né? Foram dois óbitos, e eu acho que a gente tem que falar de morte, não é esconder os casos, o que aconteceu, eu acho que foi um momento também de eu falar desse espaço, né? E eu senti que eles tinham muito medo. Tá tendo ainda, né? Não acabou não, é porque eu realmente (GF1,P4).*

A violência é presente na vida das pessoas privadas de liberdade e de alguma forma a equipe de saúde está atenta a possibilidade para mitigar, para transformar as relações, ainda que de forma limitada, mas sem se isentar de abordar o tema. Assim, a oferta de escuta sugerida nestas falas anteriores é também a possibilidade de abordar não somente a violência, mas também a morte e o medo de morrer como elementos do cotidiano que impactam na saúde mental.

*É a mesma coisa do grupo de arteterapia. Ele foi criar em um momento em que estava tendo muito suicídio e muita tentativa. Então, naquele momento, o diretor chamou e falou, olha, a gente precisa criar alguma coisa para cuidar da saúde mental. E aí surge a arteterapia aqui dentro. A gente viu que é efetivo. Os próprios policiais são pra gente. Como eles mudam o comportamento (GF1,P3).*

A equipe de saúde é acionada pelos policiais penais também como uma

mediação, um equilíbrio entre a tensão e o cuidado, a partir da oferta de escuta, da expressão de sentimentos e da subjetividade. Também é acionada para medicalizar o sofrimento, já que existem limites importantes para modificar os determinantes sociais.

O território e seus determinantes não impactam a saúde globalmente. Observa-se que problemas de saúde frequentes, como constipação, "dor no estômago", sangramento retal, dermatoses, dor lombar são queixas diretamente relacionada aos modos de vida, como abordado na fala abaixo.

*Constipação, hemorroida, hérnia inguinal. Eu acho que isso é conhecer um pouco o território, entendeu? Como que o território interfere nos processos de saúde e adoecimento, assim Que às vezes a gente não alcança, né? E que vai precisar entender isso até pra prestar cuidado Então é isso, não adianta às vezes falar, olha, você tem que tomar 4 litros de água. E tem que fazer cocô todos os dias, porque aí isso é saudável, né? Comer mais fibras. Como? (GF1,P2).*

Observou-se que os profissionais de saúde discutem que há uma "epidemia" de problemas diferentes de serviços de saúde extramuros. Queixas como constipação são frequentes em qualquer cenário de atendimento, mas os profissionais refletem se celas superlotadas podem influenciar em problemas gastrointestinais. Assim como a alimentação, referida pelas pessoas presas como de baixa qualidade, parecem influenciar dores abdominais e epigastralgia. A superlotação gera brigas internas na cela por uso do banheiro e os frequentes surtos de diarreia geram ainda mais conflitos interpessoais para uso do banheiro. Estas representações simbólicas trazem à tona como elementos fisiológicos básicos de uma pirâmide de necessidades não são atendidos.

*Então isso vem também quais são as patologias mais prevalentes. A gente tem um perfil aqui de adultos jovens. A gente, infelizmente, já teve diversos episódios aqui de infarto. com parada cardíaca, que no UBS lá fora você vê mais raramente. Aqui a gente vê com uma frequência maior em indivíduos jovens. A questão da tuberculose. A gente tem um problema muito grande estrutural das celas, que é a superlotação junto com a baixíssima ventilação." (ESE, P8).*

Um estudo realizado nos EUA por Wang et al (2017) aponta que parece haver maior risco cardiovascular em indivíduos com histórico de encarceramento, por haver mais fatores de risco relacionados a (i) modos de vida e ambiente das prisões, como dieta inadequada, falta de exercícios físicos, estresse; (ii) a falta de autonomia e auto eficácia para manejar medicamentos e modificar hábitos de vida; (iii) maior prevalência de comorbidades, tais como diabetes, hipertensão, obesidade, dislipidemia e transtornos por uso de substâncias psicoativas; e (iv) aspectos relacionados à

qualidade do cuidado ofertado pelo sistema de saúde.

Fatores como os determinantes sociais e modos de vida, dificuldades para manejar seus próprios medicamentos e a dificuldade em relação a acesso a saúde e a qualidade do cuidado ofertado também são razões para incidências maiores de doenças infectocontagiosas na prisão. No caso da tuberculose, os seguintes fatores ocorrem para a maior prevalência do agravo nas prisões: superlotação e condições físico-estruturais dos estabelecimentos penais; dificuldades no acesso, na detecção, no acompanhamento, seguimento e referência/contrareferência dos casos, que impactam o desempenho das equipes e dos sistema de saúde; presença de comorbidade; a sobreposição de vulnerabilidades, como baixo nível socioeconômico; estigma e discriminação desta condição no sistema prisional e fatores locais que devem ser considerados (Sanchez e Larouze, 2016; Ferreira et al., 2022).

*A questão da tuberculose. A gente tem um problema muito grande estrutural das células, que é a superlotação junto com a baixíssima ventilação. Nenhuma célula que está aqui nas PDFs tem ventilação cruzada, a ventilação é só por um lado. Então, a gente acaba tendo problemas respiratórios de uma quantidade maior. O pior deles é a tuberculose” (GF2, P10).*

*É muito nítido, muito claro pra mim assim, os caras que tão ali, que tem oportunidade de ir pra escola, estudar, eles dão muito menos, assim, menos trabalho porque eles demandam menos, porque eles, sabe? Então, eu vejo isso aqui na PDF, pra mim ficou muito claro, por conta dessa divisão de blocos, assim, os blocos que têm atividades internas, que você percebe que o cara sai, que ele trabalha e tal, que ele estuda, que ele vê pessoas de fora, do que aquele bloco que tá ali fechado, o cara tá enclausurado, não tem nenhuma atividade, ele só fica ali. as demandas, principalmente psiquiátricas, são altíssimas, sabe? Ele não sai daquele ciclo, ele vive aquele ciclo ali muito doentio, muito doentio, ele não consegue, às vezes ele tem um furúnculo, só que aquele furúnculo dele tem uma repercussão gigante, ele faz um abscesso, que se fosse o cara que teve o mesmo furúnculo em outro bloco, teria resolvido naturalmente. O cara que tá nesse outro bloco, que não tem atividade nenhuma, o furúnculo dele é sempre o pior de todos, entendeu? Eu percebo isso muito, é muito claro pra mim. E é isso, é muito difícil, é muito estigmatizado, como é isso? (ESE, P8).*

Segundo Minayo e Ribeiro (2016), o ócio é fator de deterioração psicológica e social das pessoas presas. A autora aponta que a falta de atividades produtivas, como trabalho ou educação, agrava o sentimento de inutilidade, desvalorização e exclusão. O ócio forçado contribui para a manutenção de um ciclo de violência e marginalização dentro e fora do ambiente prisional.

#### 7.7.4 Competência cultural

A competência cultural está bem estabelecida na saúde pública como um meio de atender às origens culturalmente diversas dos pacientes, proporcionando cuidados centrados na pessoa e reduzindo as disparidades de saúde (Lekas et al., 2020). Existe um debate sobre o uso do termo "competência" e "competente", considerando que do ponto de vista semântico e prático, treinamentos para tornar um profissional "competente" para qualquer cultura ou população específica tem falhado, não conseguindo o objetivo de combater iniquidades.

Há uma crítica ao conceito de competência cultural pois parte um pressuposto que o profissional de saúde pertence à cultura dominante; que a cultura é ou pode ser neutra e reduz a análises de forças e relações de poder (Danso, 2016).

Por isso, há uma proposta pelo uso do termo humildade cultural, compreendendo-se que a cultura é um sistema em mudança de crenças e valores e que ninguém pode se tornar "competente" em qualquer cultura, pois isso sugere uma visão estática e totalizando de cultura, de conotação de ideia imutáveis na direção de um estereótipo social (Lekas et al., 2020).

Aqui o termo competência cultural foi mantido pois é o termo utilizado nos atributos derivados da Atenção Primária à Saúde, embora o autor compartilhe das críticas semânticas e práticas, que exigem vigilância epistemológica por parte dos profissionais de saúde em relação às suas atitudes diante de seus pacientes.

Na prisão, entender os modos de vida e cultura que perpassa as relações entre privados de liberdade e entre pessoas presas e servidores do sistema prisional é necessário para que a prática da equipe de saúde seja orientada a pessoa atendida e a sua comunidade. Para se pensar planos de cuidado conjuntos, é indispensável pensar quais são os recursos disponíveis, como as pessoas vivem, o que é ou não aceitável enquanto prática de cuidado.

*A higiene do sono, como vai passar a higiene do sono aqui? Olha, não use eletrônicos duas horas antes de dormir? Tenta tomar um banho quente? Enfim, então... Essas orientações são só pra gente... A gente precisa entender desse território pra entender como que vão ser nossas orientações e nosso cuidado, né? E que seja um plano compartilhado também. Difícil fazer plano compartilhado aqui. (GF1,P2).*

Os profissionais de saúde também destacam desafios em assumir posturas empáticas, uma vez que o deslocamento para o lugar do outro é difícil. Se as prisões

estão distantes de parte da sociedade, o lugar de "preso" também não é confortável para o profissional de saúde.

As equipes propõem grupos que sejam capazes de ter impacto na saúde mental. Em situações limítrofes de sofrimento, comuns na prática, são atendidos casos de pessoas em tentativa de suicídio e casos consumos de óbitos por suicídio. Novamente, agredir o outro e agredir a si mesmo são faces de um desespero advindo de um sofrimento complexo e multifacetado, influenciado por um contexto de violência e por um modo de vida encarcerado, que promove impactos psicológicos, sociais, físicos e espirituais substancialmente negativos.

*Essa coisa de cultura e território é muito doida. Porque realmente não tem nada parecido lá fora. que, por mais que cada profissional de saúde com a sua história tenha passado por alguma situação de violência ou de vulnerabilidade e tudo, aqui realmente a sensação que eu tenho é o topo do iceberg da vulnerabilidade. E aí, às vezes, é muito difícil alcançar, de fato, o que essas pessoas vivenciam aqui. Acho que esse é um ponto. E aí, coisa simples na clínica, na nossa prática, que faz diferença, entendendo a cultura local e o território, é assim, desde entender constipação. Por que eles são constipados? Por que existe constipação na cadeia? (ESE,P8).*

Por mais esforços que se façam para se empatizar, para tentar compreender os modos de vida, é difícil se deslocar para o lugar do outro quando a situação de exceção é tão grave.

*Aí quando você pensa, você vai lá na cela e vê que tem 30 homens, homens de 20 a 50 anos, de 70 quilos, mais ou menos, no espaço de 8 metros quadrados, divididos num buraquinho, pra defecar, assim, você vai fazer as contas de quanto, como é que vai ser o revezamento entre cocô e xixi, né? Tem uns que falam que tem que fazer em pé, que não consegue agachar. Aí eu penso: como não ficar constipado? (GF1,P2).*

### 7.7.5 Participação social e autonomia

A participação das pessoas privadas de liberdade no processo de trabalho foi um tema que em geral e inicialmente provocou nos profissionais um silêncio, um estranhamento; depois pensaram e responderam formas diretas e indiretas, em geral, discretas, de participação.

Embora não tenha surgido nos grupos e entrevistas, há um projeto recente da gerência local para receber sugestões para aprimoramentos do funcionamento da saúde prisional na recepção, onde familiares aguardam para realizar visita aos familiares.

Além de aprimorar o trabalho, captar mais percepções dos envolvidos com o cuidado de PPL também fez parte de um conjunto de ações para divulgar o funcionamento das equipes de APP.

*Já vivenciei aqui, foi os internos falarem, ah, por que vocês não dão um jeito de responder o nosso catataul? Aí eu falei, nossa, a logística disso é meio complicada, é mais fácil chamar o interno aqui para uma consulta e aí dar uma resposta. Porque uma vez me disse o interno, ah, porque eu já estive preso em São Paulo, na Unidade X, não me lembro qual que era, e lá eles retornavam os nossos catataus. Então a gente mandava e lá retornavam. Eu falei, nossa, mas essa logística é meio complicada. E outra forma que eu ouvi dizer que já aconteceu. Mas não a nível de UBS, da unidade aqui A gerência já participou de espaços junto com familiares de detentos Só que pelo menos o que chegou até mim foi que não. Digamos assim, uma pauta propositiva, era mais a questão de reclamar o negativo de acesso, dificuldade de acesso à unidade de saúde. Então, pelo que a gerência passou, ocorrem pontualmente algumas reuniões, com associações de familiares principalmente, só que não são propositivas, é mais essas queixas de dificuldade de acesso mesmo. (GF1P1).*

Existem reuniões de familiares com instâncias do judiciário para discutir questões relacionadas às condições de encarceramento, mas não há exclusividade no tema da saúde. Não foram identificados espaços de conselhos de saúde locais no âmbito das UBSP. Houve discussão em 2023 sobre propostas para a saúde prisional na I Conferência Livre de Saúde Prisional.

Existem itens importantes à promoção à saúde na prisão, tais como:

- a) *Incentivar as pessoas a adquirir habilidades básicas de vida;*
- b) *Incentivar treinamentos para emprego e atividades com propósito;*
- c) *Ajudar a localizar acomodações adequadas após a soltura;*
- d) *Conectar-se com programas de bem-estar e benefícios após a soltura;*
- e) *Incentivar a participação em programas para ajudar as pessoas a parar de usar drogas ilegais, fumar tabaco e beber álcool em excesso;*
- f) *Incentivar a prática regular de exercícios e o aprendizado de como preparar e apreciar alimentos que proporcionem uma dieta equilibrada e nutritiva*  
(ONU, 2014. p. 178).

O estudo do território no contexto das prisões oferece uma lente crítica para compreender não apenas o trabalho das equipes de saúde prisional, mas também os modos de vida dos indivíduos privados de liberdade. O conceito de território, amplamente utilizado na Saúde Pública e em disciplinas como a geografia e sociologia,

vai além de delimitações físicas e político-administrativas. Ele abarca as interações humanas, materiais e simbólicas que ocorrem no espaço, oferecendo um panorama das condições de vida e das relações de poder presentes no ambiente prisional.

No âmbito prisional, o território adquire um caráter específico, representando o cenário onde a vida dos detentos se desenvolve de maneira compulsória e onde coexistem diversas forças sociais. Mapear esse território não significa apenas delimitar fronteiras físicas, mas sim interpretar as dinâmicas de poder, os fluxos de relações sociais e as tensões diárias entre a necessidade de adaptação ao sistema opressivo e o desejo de preservar a dignidade pessoal. Este “território prisional” é constituído tanto por estruturas fixas, como as instituições, quanto por fluxos de relações, como a convivência entre presos e o staff carcerário.

Essa perspectiva territorial é essencial quando pensamos na promoção da saúde dentro das prisões, um ambiente tradicionalmente marcado pela exclusão e opressão. A proposta de promoção da saúde, que visa a emancipação e a qualidade de vida, encontra tensões com a estrutura carcerária, que frequentemente subordina o indivíduo a regras opressivas. No entanto, é justamente nesse contexto que o entendimento territorial possibilita a criação de estratégias de saúde mais eficazes, que considerem a realidade complexa da prisão e os desafios enfrentados pelas pessoas privadas de liberdade.

Neste capítulo foi possível aprofundar nesta relação dos determinantes sociais que impõem modos de vida heterogêneos, complexos e adversos para as pessoas privadas de liberdade. Para os profissionais de saúde, compreender, aprofundar e buscar deslocar-se para o lugar dos sujeitos e coletivos de pessoas presas é indispensável para fazer um trabalho assertivo, competente culturalmente. Foi possível reconhecer que há uma restrição importante de participação e autonomia na participação social, quase inexistente. Existem desafios e limites na construção de serviços de saúde que deveriam ser orientados a partir das necessidades das pessoas presas, que por estarem privadas de liberdade, acabam sendo privadas de participar da construção e orientação das ações de saúde.

## 7.8 Saúde mental

### 7.8.1 Desorganizado

*Ainda pensando na consulta de segunda-feira. Belita foi uma das primeiras pessoas que atendi quando cheguei no presídio. Belita é uma travesti, definição que ela me contou.*

*Nas consultas anteriores eu estava esperançoso. Havíamos começado um tratamento para Transtorno de Estresse Pós-Traumático com antidepressivos e auriculoterapia. Sua saúde mental estava bem, sempre fazendo planos e pensando em crescimento pessoal. Ponderava sobre transfobia na cadeia, sobre como a tratavam e o desejo de voltar a harmonizar.*

*Um dia chegou muito assustada. Disse que o som de objetos no metal que compõem a janela das celas, chamada brisa, gerava desespero e pânico. Lembrava do dia em que levou tiros de projéteis de borracha em sua cabeça. “Foram cinco. Eu acho que não precisava, nós não éramos nem 15 no banho de sol.”*

*(...)*

*Belita veio desesperançosa.*

*“Travesti não vive muito, doutor. As pessoas dizem que se importam, mas não é verdade. Quem emprega travesti? Quem de nós estuda? Quem liga? Quando eu sair eu sei que as coisas serão difíceis. Eu ainda quero estudar, crescer, sei lá.”*

*Eu fiquei com vontade de comentar sobre Linn da Quebrada, dizer que eu tenho orgulho dela, que ela fez bonito em rede nacional em sua participação no Big Brother, mas me senti bobo. Continuei ouvindo. O assunto acabou surgindo e comentamos sobre ela.*

*No fundo eu queria dizer que era importante ter esperança, que ia passar. Eu não podia dizer que ia passar, porque em cenários desfavoráveis, as coisas podem piorar. Aprendi no exército o que meus superiores me diziam: “nada é tão ruim que não possa piorar.” Aprendi também a não aconselhar meus pacientes, a lidar com meus sentimentos antes de falar.*

*Novamente continuei ouvindo. Em conciliação comigo mesmo agradei-lhe por me contar e compartilhar aspectos tão sensíveis de sua vida. Disse que é duro ouvir sobre as dificuldades da vida das travestis, que eu profundamente gostaria que*

*fosse diferente. Pensei em marcar na próxima semana, para ter um momento para reorganizar as ideias.*

*Acho que eu também precisava reorganizar tudo que havia sentido ali (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

### 7.8.2 Remédio e veneno

*Assim é o remédio na cadeia. É dinheiro e é produto. Ontem, o mesmo policial que gentilmente me perguntou se eu acreditava na história contada pela pessoa presa, me alertou:*

*“O diazepam no seguro, que é de gente isolada, está 20 reais, na galeria é 15.” Depois queria ter perguntado se é cartela com 10 comprimidos ou 1 comprimido.*

*Independentemente da resposta, é um bom dinheiro hoje.*

*Pela facilidade da compra, que ouço nas consultas, certamente há muita gente que recebe e não usa. Não sou eu que inventou a medicalização das prisões. É o enfrentamento desta experiência cheio de atravessamentos pelo uso de substâncias. Talvez para suportar, talvez para ter alguma satisfação, talvez pelo hábito prévio de uso de substâncias. Não sei (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

### 7.8.3 Equilíbrio e desequilíbrio

*O ambiente me impõe a pensar no equilíbrio complexo do balanço institucional (necessidades e expectativas dos servidores da saúde/segurança) e necessidades das pessoas presas, que não é o mesmo de expectativa/desejo (o que acho que preciso, o que eu quero, o que alguém externo diz que vai ajudar naquilo que me queixo). Por exemplo, quando eu prescrevo uma medicação psicotrópica para “aguentar o sofrimento decorrente do encarceramento” é atender às necessidades? Quem protege do uso desmedido dessas substâncias?*

*Problemas de comportamento são questões de saúde mental? Pedidos de medicamentos vem por esta via...*

(...)

*Trabalhar como profissional de saúde na prisão é confrontar diariamente com suas questões morais. Veja, eu, ciente disso, tentei limpar meus atos de julgamentos ou de (falsos) moralismos. Tentei fugir do papel de inquisidor. Tentei fugir também de saber as penas e condenações. Mas não dá. Eu ouço, leio, vejo. Fulano está aqui por latrocínio. Ciclano contou na consulta que “ceifou várias vidas porque não consegue se controlar”. Não estou dizendo que é maioria das pessoas. Aqui não estou falando de recorrência ou frequência, estou dizendo daquilo que me marca mais nas consultas. Então, se alguém me diz que matou uma ou mais pessoas, como eu confronto com minhas questões morais? (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

#### 7.8.4 Item de segurança

*Depois de ter uma empatia pela equipe, acho que relaxou para fazer uma autocrítica. “Eu sei que eu já dei trabalho.” E contou sobre as situações que ateou fogo na cela e brigou com outros companheiros. E refletiu que queria mais uma chance. Recorri a possibilidade dele empatizar; “Se você não fosse você, e cuidasse da segurança de todos, como você veria uma pessoa com um histórico destes atos, talvez de decisões que exponham os demais em risco?” Ele sabia que não era uma pergunta muito indireta. Concordou que cometeu erros e queria mudar. Deseja uma apostila de português: “E como eu vou prejudicar os outros com uma apostila, doutor?” (Narrativa do autor, diário de campo, 2024).*

A saúde mental das pessoas privadas de liberdade talvez seja um dos itens mais desafiadores para o trabalho das equipes de saúde prisional. Manter a saúde mental, promover saúde mental ou mesmo cuidar de pessoas em sofrimento ou com transtornos mentais em território da prisão é desafiador, uma vez que o território é de restrições dos modos de vida, com alimentação limitada, distância dos vínculos afetivos de origem, frequentemente sob múltiplas violências, com restrições para estudo, dificuldade no acesso a saúde, chance maior de adoecimento, dentre outras

características.

A maior prevalência de transtornos mentais entre pessoas privadas de liberdade tem sido associada à violência, automutilação, suicídio, vitimização e redução da vontade ou capacidade dos indivíduos de participar de atividades diárias e programas prisionais, o que pode afetar o seu bem-estar e reabilitação (Cunha et al., 2023).

*Então, assim, é muito perceptível. Uma coisa que eu vejo muito, assim, por exemplo, os classificados, o cara que sai da cela, o cara que vê o sol, que sai da cela, as demandas deles são infinitamente menores. Principalmente nessa parte de psiquiatria, sabe? É completamente diferente daqueles caras que não saem, por exemplo, os caras E isso é, assim, aqui no presídio eu vejo como isso é muito real até pelos blocos, por exemplo, blocos que têm atividades, por exemplo, o bloco que tem a padaria, o bloco que tem a escola, os internos são muito menos demandantes, assim, eles têm respostas, não que nesses blocos não tenham... doenças, crônicas, tem tudo, só que assim, você percebe que a demanda deles é muito menor, sabe? Eles solicitam menos, os casos deles se resolvem mais rápido, com mais eficiência, eles aderem ao tratamento, tudo agora um bloco que não tem nada, o cara não tem atividade nenhuma, não faz nada assim, entre aspas, ele fica ali trancado, sem ver o sol, mal tem sol. Cara, esses caras eles demandam o tempo inteiro da gente, porque assim, eu acho de verdade as vezes que eles só querem sair da cela pra ir na saúde, sabe? (ESE, P8).*

As taxas de transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas são mais elevadas na prisão (Fazel; Seewald, 2019). As taxas de psicose em países em desenvolvimento, segundo essa revisão sistemática de 1966 a 2010, foram de 5.5% e depressão de 10.2% em pessoas privadas de liberdade.

Pouca atenção tem sido dada à forma como o encarceramento promove o aparecimento de sintomas psicológicos ou perpetua e agrava sintomas psicológicos anteriores. Uma questão fundamental neste campo é a direção da causalidade para a alta prevalência de transtornos mentais nas prisões - se o aumento das taxas é causado pela prisão ou importado para a prisão (Cunha et al., 2023).

O ambiente prisional pode ser inerentemente prejudicial à saúde mental devido ao conseqüente desligamento família, sociedade e apoio social, perda de autonomia, diminuição do significado e propósito da vida, medo da vitimização, aumento do tédio, imprevisibilidade do ambiente, superlotação e punitividade, experiência e testemunhar violências, interação negativa entre funcionários e prisioneiros e outras experiências aversivas (Cunha et al., 2023). Discute-se que o histórico de privações (por exemplo, analfabetismo, abuso infantil, falta de moradia, doença mental) contribuem para doenças mentais, assim como estas pessoas tem maior chance de desenvolverem uma doença mental devido ao ambiente prisional (Cunha et

al., 2023). Embora a forma como as pessoas reagem à prisão varie de pessoa para pessoa, o encarceramento está associado a maus resultados de saúde mental.

Por vezes, os comportamentos das pessoas privadas de liberdade são difíceis de compreender, como canalizar a raiva e a frustração para quebrar canos, atear fogo em si mesmo e conflitar diretamente com os policiais, levando a infrações disciplinares e a aumento do tempo de pena. É como se a raiva contra o próprio encarceramento e suas condições o levasse a mais tempo encarcerado. As estratégias para o enfrentamento das percepções de injustiça e a necessidade de protestar ou manifestar são escassas e comportamentos como automutilar-se, suturar a própria boca ou olhos, arremessar excrementos nos servidores ou até coprofagia, além de ameaçar o autoextermínio são algumas dessas medidas extremas.

Semenza e Grosholz (2019) debatem que quando um indivíduo tem saúde mental deficiente, ele pode não ser capaz de atingir os objetivos desejados; a saúde mental deficiente pode levar à perda de estímulos valorizados positivamente; e problemas de saúde mental são estímulos nocivos que podem causar desconforto à pessoa. Todas estas condições tornam o indivíduo mais propenso a usar comportamentos desadaptativos enquanto está preso ou após sair do sistema prisional.

Percebeu-se que há uma dúvida entre os profissionais, nem sempre verbalizada de forma tão direta. Se as condições são tão desfavoráveis, se já é tão desafiador ser resolutivo em questões agudas, como infecções de pele, diarreias, e crônicas, como tuberculose, viver com HIV, diabetes, como ser útil no sofrimento mental?

Escuta-se histórias frequentes de dificuldades das pessoas privadas de liberdade ao longo da vida, com frequentes restrições de estudo, de trabalho, de oportunidade, das pessoas privadas de liberdade, também privadas de outras necessidades. Ademais, acaba-se por ouvir sobre crimes e violências praticadas que levaram as pessoas ao encarceramento. Este conjunto de elementos biográficos gera em cada indivíduo diferentes contratransferências, sendo possíveis sentimentos de raiva, desconforto, frustração, irritação, tristeza nos profissionais, que precisam manejar seus sentimentos para oferecer o melhor cuidado possível.

Os projetos para grupos, as ofertas, como cursos, trabalho, estudo são limitadas. Para que os profissionais sejam proativos e criem novos caminhos, são necessárias energia extra e persistência para conseguir apoio dos demais, aprovação institucional, recursos e reconhecimento.

*E é uma coisa que eu gostaria de abordar, mas eu não consigo fazer essa abordagem que seria um grupo de perspectiva, pensando sobre o futuro depois daqui [do aprisionamento], mas eu sou pressionado a medicalizar a situação. A pressão que eu recebo é essa. Ou seja, às vezes pelo policial, minha mesmo às vezes, do próprio, do interno que eu tô atendendo, mas eu queria tentar sair disso, né? E assim, ah, falta perna pra equipe, como a enfermeira mesmo falou, né? Começou um grupo ali, mas a gente não teve perna pra dar vazão, pra valorizar mesmo a saúde mental. A gente precisaria de muito mais profissional de saúde mental da psicologia, eles hoje acabam ficando muito nas demandas judiciais, que consomem praticamente todo o tempo que elas têm, ao invés de ter tempo pra fazer outras atividades (GF, P1).*

O próprio manual ‘LGBT nas prisões do Brasil: Diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento’ do Ministério dos Direitos Humanos e Família (Brasil, 2020c) aponta em seu conteúdo esta dúvida:

*No Brasil, com a derrota da narrativa da reabilitação, o inchaço da população carcerária e a pouca efetividade das estratégias de enfrentamento às facções criminosas, as prisões têm se limitado a realizar o trabalho de gestão dos conflitos entre os apenados durante a execução da pena. Em linhas gerais, admite-se a impossibilidade de universalidade dos serviços oferecidos pela prisão (acompanhamento psicológico, assistência social, educação e saúde) e foca-se na realização “do que dá para fazer (Brasil, 2020c, p.10).*

Por isso, aquele dilema abordado em capítulos anteriores, que permeou debates da construção da PNAISP, tal como “será que vale a pena investir em presos?” retorna em sua forma mais específica. Não por parte do autor, mas por parte do conjunto de trabalhadores. Embora seja percepção do autor e não necessariamente falas repetidas, houve entrevistas em que o profissional indagou que seria necessária estrutura muito mais robusta para que ações tivessem impactos no comportamento e na saúde mental de pessoas privadas de liberdade, em prol de um ideal de reintegração social.

*Pra saúde mental. Pra mudança de vida, viu? Lembro de um preso que acho que matou a mulher, e acho que ele era nordestino, muito bruto, e o cara... Eu lembro dele falando que ele estudou e ele, poxa, eu melhorei ele que isso, mas... Mas acho que é errado, né? Mas pela educação ele viu... Ah, bom, porque que eu matei minha mulher? Que besteira que eu fiz e fiquei aqui, mas ele conseguiu estudo e ele conseguiu mudar. É, e acaba que estudar são poucos que conseguem estudar, não sei como. Sei lá, no regime fechado eu não sei a porcentagem? 5%, 10% de 3.300 pessoas. Talvez os que mais precisam são os que mais conseguem, Quem é muito vulnerável, dependente de craque, morador de rua não consegue. O cara que às vezes precisa de mais.. Só que esse cara dá muito trabalho, né? Você bota ele na escola, né? O cara tem transtorno de personalidade, o cara vai... Os mais avançados [com menos problemas] que conseguem estudar, né? Então acho que essa questão da saúde mental A escola deu ocupa e acho que é uma forma de terapia que a equipe de saúde... Eu nem acredito que a equipe de saúde seja capaz de fornecer um cuidado. Porque... Ah, você quer tratar, vamos supor, 300 dependentes químicos. Vamos supor que seja uma*

*comunidade terapêutica, uma internação, um programa... Quantos psicólogos vai precisar? 20? Pra de alguma forma entrar no problema, né? De ter uma terapia em grupo, mas também uma individual, né? Porque só o grupo, eu não sei. Eu acho que não é suficiente. Então, precisaria de uma estrutura para você tentar melhorar a saúde mental. Vou chutar aqui, né? 70% dos presos têm problemas com drogas...[...] mudança mesmo eu acho muito precário. Então, às vezes, é melhor ignorar a demanda [de saúde mental]. Porque se você for querer resolver, você não vai resolver (ESE, P2).*

Então, observa-se que alguns profissionais têm uma disponibilidade considerável para acolher as queixas de saúde mental, enquanto outros são mais pontuais e optam por compartilhar com psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, dentre outros, do que poderiam configurar uma equipe ‘psicossocial’. A própria política usa termos similares, mas em nenhum momento sugere restringir a abordagem da saúde mental a estas equipes.

Esse dilema investimento x desinvestimento também recebe influência da dificuldade já abordada de estabelecer no âmbito da prisão relações de confiança. Os profissionais se sentem à vontade para estabelecer vínculos sólidos, ou será que se preocupam em estabelecer limites, num movimento de autoproteção e autopreservação?

Hassan et al. (2014; 2015) discutem que a medicalização e o uso de medicação são escapes de sofrimentos no cárcere. Este fator importante a ser discutido é a entidade “medicação psicotrópica”. Guimarães et al (2006, p. 640) refletem que "a droga é "o combustível da prisão", e que, sem ela, a "prisão explode", confirmando que o consentimento de uso de substâncias psicoativas no interior dos estabelecimentos prisionais exerce função de contenção."

Muitas consultas que acolhem e escutam as queixas de pessoas privadas de liberdade são permeadas por pedidos de mais e mais medicamentos psicotrópicos. Não é incomum frases como “não estão sendo suficientes”. Mas para que seriam suficientes? E respostas como “preciso dormir o dia todo”, “preciso para ficar mais calmo” trazem a confusão: se os medicamentos são para manter um certo controle diante das adversidades, muitas vezes mantendo-se no limite da sedação e torpor do que para tratar sintomas clássicos de transtornos mentais. Não é incomum o sobreuso e a comercialização de medicamentos.

*Eu acho que é um problema sem solução [saúde mental e uso de medicamentos]. Porque... Eu já tive a experiência de faltar remédio para dormir, que muitos presos estavam recebendo, e falar e ver que não mudou nada. quem dá trabalho, dá um aumento de trabalho, mas as coisas não*

*estouram. Então, dá pra perceber que, assim, que é um sofrimento que não... com certeza o cara tá lá, virando de noite, olhando pro teto, mas ele não... não mudou a vida. É porque, às vezes, eles querem ter uma demanda que o cara quer dormir na prisão e acordar em casa, né? Então, por tédio, eu tô... Ficando, sei lá, vinte e duas horas na cela, a pessoa quer... Quer dormir, né? Não tem o que fazer, quer dormir. (ESE, P2).*

Assim, profissionais precisam de atenção para estar disponíveis para acolhimento do sofrimento, fortalecer o enfrentamento possível com os recursos disponíveis e ser assertivo com a prescrição de medicamentos, entendendo quando são úteis, necessários e quando se é importante estabelecer um limite.

*É, a convulsão é um meio para o cara conseguir remédio para abuso [...] convulsão mesmo não é comum. Tinha um preso, e aí você vê quem faz diagnóstico, que fazia o tratamento na rua, porque o cara estava com convulsão em casa, ele estava caindo na rua, no ônibus, no trabalho, então você vê que era uma pessoa que acompanhava o problema de saúde... mas, então, são poucos, né? E eu acho que eles buscam um remédio mesmo pra... abuso. E... Mas quando tem mesmo, aí tem acesso e eu acho que ele trata, né? Mas essas demandas de insônia e sofrimentos comuns, o cara vai sofrendo, tá preso e eu acho que medicalizado eu vejo como sem saída, porque não vai ter terapia para 4 mil presos [...] mesmo que a pessoa tenha um sofrimento que ela queira melhorar, ela quer mudar, ela não consegue ser abordada na estrutura que tem de equipe de saúde mental... a pessoa não vai conseguir fazer um acompanhamento, uma reflexão de vida, eu acho que a equipe de saúde não consegue fornecer isso. Talvez o preso consiga mudar, não sei, eles entram pra igreja. Acho que a escola, a escola talvez ajude porque quem consegue estudar se ocupa, né? Mas é a minoria, né? Não tem muito acesso (ESE, P1).*

Hassan et al. (2013) sintetizaram as vivências percebidas no Complexo da Papuda, no artigo que debate se as medicações psicotrópicas na prisão são “cuidado ou controle”. A conclusão é que paciente e equipe de saúde consideravam os medicamentos psicotrópicos como tratamento para reduzir sintomas de saúde mental, reconhecendo seu uso como estratégia de sobrevivência e para reduzir insônia. Seu uso ajudava na visão dos participantes a manter a ordem na prisão. Houve no estudo uma preocupação em relação à dependência excessiva destes medicamentos, reconhecendo o acesso insuficiente a formas não farmacológicas de tratamento e apoio na prisão. Um estudo numa penitenciária de Madrid mostrou um uso de 20.5% de psicotrópicas pela população privada de liberdade (Griffiths et al., 2012), enquanto outro estudo na França mostrou uso de psicotrópicos por 50% da população privada de liberdade (Fovet et al., 2014).

*Eu acho que sim. A cultura em relação à medicação, por exemplo, eu tenho hoje um preconceito com a medicação. Porque os presos não fazem, no geral, uso correto da medicação que é encaminhada. Então, quando eles fazem medicação psicotrópica, por exemplo. Eles fazem uso recreativo dessa medicação, eles não comem no horário, eles vendem, eles compram*

*[remédios]. Então, eu fiquei com um ranço de medicação, de vontade de não medicar, ou então de botar na caixa d'água. Bota a fluoxetina na caixa d'água e todo mundo fica sem ansiedade, porque é realmente ficar preso, é muito ruim (GF, P13).*

*É, acho que não muda o convívio, quem é... Quem briga com os colegas de cela, quem é estourado, vai continuar estourado. E quem não é, sabe? Eu acho que dorme também, né? Uma hora que a pessoa dorme, né? Mas essa demanda, eu acho que é uma demanda que... não é só aqui, né? Na comunidade todo mundo quer remédio para dormir. Então, assim, não vejo como prioridade, porque ela é um mar sem fim. Se for querer abraçar isso, você não vai resolver, e outras coisas ficam sem resolver. Então, eu vejo muita... muita... Sim, acho que se os presos estivessem... Também, também... mesmo pela segurança, se for pra trabalhar mesmo, preso perigoso, não tem estrutura pra o cara trabalhar, porque ele vai fugir se você der ferramenta pro cara, então é complicado assim.. e realmente a estrutura, a situação do cárcere vai ser de tédio e muitos tem problemas com dependência química, o cara quer fazer uso recreativo de psicotrópico. É, eu acho que todos os caminhos é ignorar essa demanda, porque realmente eu não vejo o caminho fatídico. É, mas eu vejo, em questão de saúde mental, às vezes eu brinco que quem tem doença mental grave não pede atendimento, nem pede remédio. Você fica sabendo pelos colegas de cela que começam a reclamar, ou esquizofrênico ou bipolar, esse não vai pedir atendimento, mas vão reclamar dele. Que o cara não dorme, que ele não comeu, que tem que amarrar ele de noite porque o cara não para quieto. Então, acho que quem tem uma doença mental grave, nem a pessoa pede, né? São os colegas de cela, os agentes que o cara tá dando trabalho, mas ele não tá sofrendo, né? O cara tá em surto, né? (ESE, P2)*

O autor, ao longo dos diários e com o apoio da literatura no tema, entendeu que há um luto, com diversas camadas e etapas relativas à privação de liberdade. O “luto da privação de liberdade” traz uma série de tarefas que nem sempre são cumpridas, que podem ser fatores de risco para recidiva no sistema prisional. Também existe uma concorrência e concomitância de diversos outros lutos e perdas, como perdas de parentes próximos, término de relacionamentos e outras rupturas de vínculo.

*E outro ponto, voltando um pouquinho no que estava sendo falado antes, com essas questões de violência que a gente estava tendo aqui, esses homicídios que aconteceram aqui dentro, pelos próprios presos, contra eles mesmos, eu cheguei para entrar assim num ponto que é, o que essa pessoa que está ali, que a gente está atendendo, o que ela vê de futuro? A gente tem alguns, principalmente aqui no Bloco F, que é um perfil das pessoas que estão aqui, é um perfil mais, digamos assim, não sei se é a palavra certa, a gente tem que ter mais cuidado. Então, volta e meia tem alguns que chegam pra enfrentamento, pequeno, que a gente prescreva algum tipo de medicação específica, e aí eu fico tentando tirar um pouco o foco disso, pra começar, mas assim, então o que é que você quer? Essa medicação, o que é que você quer dormir? O que é que você quer ficar fora da sua racionalidade? (GF, P1).*

Morte e luto são processos vivenciados por todas pessoas e famílias, inseridas em uma diversidade de contextos e cenários que interferem diretamente nas manifestações de sofrimento e também enfrentamento dessas perdas. As pessoas

privadas de liberdade vivenciam inúmeras perdas reais e simbólicas, tais como posses materiais, contato e afetos, privacidade, autonomia, segurança, dentre outros, sendo que a privação de liberdade e o cenário do cárcere são contextos vulnerabilizantes que afetam as possibilidades e recursos pessoa.

Durante o campo, observou-se diferenças no luto de privação de liberdade nos diferentes regimes. Nos momentos de chegada no regime provisório, experimenta-se os desafios e dores da privação de sua liberdade. Entendendo que o luto acontece não somente após a perda pela morte de alguém próximo, mas também após as diversas perdas simbólicas durante nossas vidas, pode-se dizer e perceber que as pessoas privadas de liberdade recém-chegadas estão, em alguma medida, vivendo um processo de luto, pela morte simbólica de tudo que o conectava à vida externa, como trabalho, família, comunidade, etc.

Goffman (2007) descreve essa profunda ruptura de relações e interações com o mundo como uma “morte civil”, considerando que, agora, sua vida será mediada e dirigida pelas regras e restrições de uma instituição total. A partir deste ponto há um processo de despersonalização, onde os traços identitários serão subtraídos e os corpos serão misturados àquilo conhecido como “massa carcerária”, que tende a homogeneizar características físicas, afetivas e comportamentais. Interessante pensar o quanto se faz importante a abordagem individual desses sujeitos, para que suas subjetividades, sofrimentos e processos de luto possam ser singularizados.

No regime fechado, as penas estão definidas e uma discussão que se pode fazer é sobre o processo de cronificação ou aceitação deste enlutamento. Segundo Goffman (ano), os presídios promovem desculturação e despersonalização, desfazendo vínculos culturais ligados a origem e história de cada um, reduzem os elementos identitários como padronizações de roupas, cabelos e substituindo o nome civil por nomes como "interno", "preso", "ladrão" ou mesmo sendo chamado pelo apelido do código penal referente aos crimes que cometeu.

A OMS aponta alguns fatores relacionados à qualidade do cuidado ofertado, muitos deles para além do trabalho específico das equipes de saúde prisional:

Dentro de uma prisão, os fatores que afetam a qualidade do cuidado incluem:

- a) *O tamanho da população carcerária;*
- b) *O compromisso do diretor ou gestor com a saúde dos presos;*
- c) *A independência profissional dos médicos e gestores clínicos em relação à administração prisional;*

- d) *As dinâmicas populacionais da instituição, incluindo o tempo de permanência;*
- e) *Gênero;*
- f) *Necessidades especiais de cuidados de saúde, incluindo para pessoas LGBT, jovens, idosos, pessoas com deficiências variadas e aqueles que não falam a língua local. (ONU, 2014, p. 176).*

No âmbito da saúde mental, este capítulo trouxe questões em relação aos limites na oferta de cuidados em saúde mental para pessoas privadas de liberdade no território estudado. Se por um lado, escuta ativa, organização de ações coletivas, projetos intersetoriais são oportunidades para a promoção de saúde mental, o nível de restrição de ofertas de educação e trabalho, o ócio, a superlotação e as condições estruturais inadequadas dificultam a influência da equipe de saúde prisional na saúde mental das pessoas presas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando este trabalho começou, as minhas dúvidas principais eram: “este serviço é um serviço de atenção primária? Por quê? Os trabalhadores o reconhecem como serviço de APS? Existe uma apropriação por parte destes trabalhadores sobre quais são as características de um serviço de APS?”; e, por fim, a pergunta derradeira e principal foi “Qual a identidade da APS Prisional?”

Sem a pretensão de ter respondido todas estas perguntas, nesta trajetória de pesquisa rumei para o estudo das políticas. Fiquei com a dúvida sobre qual a parcela das políticas nesta incerteza de identidade da APS Prisional e qual a parcela do contexto local. Mas como os trabalhadores operam como cuidado no cotidiano em território complexo, frequentemente negligenciados e repleto de violências, é muito pouco conhecido. Eram poucos os estudos que abordaram este cotidiano.

Então foi preciso estudar o cotidiano dos trabalhadores e entender as distâncias entre o prescrito nas políticas e a realidade prática nas unidades de saúde. Embora algumas afirmações talvez sejam óbvias para quem trabalha no sistema prisional, para o observador externo, o leitor, o pesquisador, não são. A prisão é uma estrutura rochosa em que, em geral, a palavra cuidado é um antígeno. E tal como nas reações imunológicas, há uma resposta a este antígeno. Para que não haja uma resposta de supressão do cuidado, uma história de articulações precisa existir entre as políticas, os operadores da política, nos níveis de gestão e secretarias, no judiciário, buscando se aproximar das questões do setor saúde e no nível micropolítico das relações de cooperação que precisam ser estabelecidas entre profissionais da segurança, policiais penais, e os profissionais da saúde.

De forma geral, a PNAISP garante princípios, valores, debates e dispositivos muitos estruturantes do SUS e da APS, como equidade, promoção da saúde, participação, resolutividade, integralidade, dentre outros. Mas no nível mais municipal e estadual é necessário que detalhes mais práticos de como os processos ocorrerão dependem de maior articulação entre as secretarias de administração penitenciária e de saúde.

Novos dispositivos legais são necessários. O DF conta com políticas de acolhimento, bastante detalhada, que pode inclusive ser discutida com os trabalhadores como recursos para aprimorar os processos de trabalho; uma política de fluxo integral, que articula os pontos de atenção da rede coma as UBSP, detalhando papéis e estruturas

do subsistema prisional nos hospitais, por exemplo; e uma política intersetorial que aprofunda papéis e estabelece normas de boas práticas para elementos do cotidiano dos serviços de saúde prisionais. Há uma estrutura de saúde dentro da administração penitenciária (GSAU - SEAPE) e uma gerência de saúde prisional na secretaria de saúde (GESSP - SES), assim como existe uma subseção de saúde dentro de cada estabelecimento penal no organograma da polícia penal, extremamente importante na interrelação dos processos de trabalho necessários para a equipe de saúde operar cuidados básicos, coletar exames, transportar pacientes, organizar fluxos de retornos para serviços externos, dentre outros. Por esses motivos, este autor considera que esses policiais compõem uma equipe de saúde ampliada.

A integração com o sistema de saúde, especialmente garantir uma linha de continuidade entre os pontos de atenção da rede é desafiadora. Ainda mais desafiador é o trânsito da pessoa em diferentes UBS, pois a cada vez que progride de regime e a cada saída do sistema prisional é uma nova UBS que deve acompanhar a pessoa e manter um fio coeso de oferta de cuidados é complexo. É importante destacar que todo o sistema de saúde atende pessoas privadas de liberdade, pois atende familiares, egressos, pessoas em regime semiaberto, aberto e domiciliar. A dita "saúde prisional" não é exclusividade de profissionais trabalhando em estabelecimentos penais.

As práticas propostas pelos profissionais na prisão oscilam entre uma prática biomédica, tradicional mais direta, medicocentrada, com oferta de muitos medicamentos, incluindo psicotrópicos. Por outro, há projetos tentando furar as dificuldades cotidianas e oferecer práticas integrativas diversas, ações coletivas, de autorreflexão, promoção da saúde, integradas com o setor educação e social, incluindo ações que pensam a consciência ambiental e práticas sustentáveis. Não são ações que prevaleçam e com frequência estes projetos somem com o tempo, mas são inspiradoras e potentes.

O olhar sobre o trabalho em equipe de tantos profissionais, em tantas UBSP, não pode ser visto com interpretações emitindo juízos de valor, estigmas ou rótulos. Há muita diversidade, fluidez, divergências e consensos, como é o trabalho vivo em ato. Há ambiguidades, dificuldades, pontos cegos, como em qualquer trabalho da APS. Deve se destacar que há vida em territórios duros. Há esperança, há desesperança e frustração também. Há força, mas há dúvidas; há dificuldade com PTS e com comunicação. Mas há esforço de comunicação permanente para garantir a continuidade do cuidado dos casos.

As equipes mostraram estratégias variadas para o controle de condições crônicas e aproveitando a dimensão controle e vigiar da vigilância, tem estratégias que devem ser valorizadas, dadas todas as dificuldades logísticas e operacionais de, por exemplo, ver a mesma pessoa presa com frequência. É preciso pensar estratégias que possam aprimorar o cuidado de condições crônicas, que necessitam de cuidados paliativos mais proporcionais e intensivos, além de dor crônica, diabetes, reabilitação e deficiências. Estas condições são desafiadoras por razões diferentes.

O olhar das equipes para as famílias em muitos casos é atento, no sentido de reconhecer a importância da proximidade da família no cuidado. Alguns profissionais buscam de formas variadas apoiar o restabelecimento de vínculos, mas há uma distância grande entre profissionais e familiares e costumeiramente a relação mais tradicional é a de solicitar medicamentos e insumos.

Quanto às relações interpessoais, há uma impressão de que todo o ambiente da instituição prisão influencia todas as relações estabelecidas entre os profissionais de todas as áreas, saúde, segurança, educação, limpeza, judiciário, dentre outros; com familiares e com pessoas privadas de liberdade. A mais tensa e assimétrica é com as pessoas privadas de liberdade, que já carregam muitos estigmas. As relações com frequência são tensas e carregadas de desconfiança, pelo modo sobrevivência, vida repleta de adversidades, histórico atual e passado de ser ator e vítima de violências, e por olhar a instituição como uma barreira a ser vencida. Muitas vezes os profissionais se sentem enganados, com pedidos de medicação, exames, saídas para o hospital com barganhas que dificultam o juízo clínico. Por outro lado, pessoas privadas de liberdade sentem-se injustiçadas, negligenciadas e subjugadas e restritas de muitos direitos e itens básicos, alimentando essas relações complexas. São possíveis relações de confiança, troca e cuidado, a despeito de qualquer dificuldade.

O território é um território-prisão complexo, em que os determinantes são promotores de adoecimento, com risco clínico para doenças cardiovasculares e maior prevalência de transtornos mentais. As equipes precisam de dedicação para entender os códigos, a complexidade das relações e entre as pessoas privadas de liberdade e na relação destas com os servidores do estabelecimento penal. A participação é muito restrita, assim como a autonomia. No caso da Papuda, chama a atenção a dificuldade de territorialização por equipes, criando desafios na responsabilização, proposta de planos de cuidado efetivos que utilizem a potência da equipe enquanto coletivo cuidador.

A saúde mental é um desafio permanente que aparece em quase todos os contatos dos profissionais com as PPL. As relações de desconfiança, o modo de vida de adversidades já citado, o ócio e as poucas oportunidades de trabalho e estudo de forma ampla para as PPL fazem com quem pensar em promoção de saúde mental e na saúde mental comunitária muito desafiadoras. O investimento das equipes é, frequentemente, frustrante, mas as estratégias para práticas integrais é algo a ser valorizado. O medicamento é uma moeda e um produto muito complexo, que atravessa as relações de cuidado, os diagnósticos, os tratamentos e gera tensões nas relações e cuidados em saúde mental.

A política nacional vigente garante estruturar equipes com modalidades diferentes, diferentes da eSF e das APS extramuros, que geram a necessidade de uma identidade própria, para formular as estratégias de enfrentamento dos problemas cotidianos sem descaracterizar os princípios e atributos da APS. É necessário ser mais enfático com a importância da APS, de base territorial, com trabalho em equipe, com reforço na integralidade e intersetorialidade. Questões complexas como diferenças na organização de subsistemas em complexos penitenciários deve ser olhado com atenção. Questões como reabilitação, com contatos frequentes, e as urgências e emergências são desafiadores em sua implantação.

O DF conta com políticas locais de articulação que mostram certa maturidade institucional no que tange a construção de um arcabouço institucional e medidas práticas para que sejam claras as responsabilidades de cada secretaria com vista a tutelar as pessoas privadas de liberdade no sistema de saúde, mais do que isso, garantir o direito à saúde e que oferta de cuidados equivalente a população extramuros seja prestada.

A partir deste trabalho é importante verificar que estudos em áreas específicas como articulação para garantir todo o itinerário no sistema, estudos para aprimorar acesso e o cuidado de condições crônicas são importantes, especialmente para subpopulações como LGBTQIAP+, mulheres, idosos, pessoas com deficiências; mas também para certos agravos como dor crônica, reabilitação, transtornos mentais graves; e para estimular práticas promotoras de saúde não medicalizantes, como práticas integrativas e ações coletivas que podem ser feitas a partir de diversos projetos internos. Há uma necessidade e urgência em se avançar com as discussões sobre racismo, racismo institucional e relações étnico raciais, ainda timidamente presentes no cotidiano dos debates entre trabalhadores

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. **Quatro CPIs já investigaram o sistema penitenciário brasileiro**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/507945-quatro-cpis-ja-investigaram-o-sistema-penitenciario-brasileiro/>. Acesso em: 30 ago. 2022.
- AGUIRRE, C. Cárcere e sociedade na América Latina. *In*: NUNES et al (org.). **História das prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.
- AKO, T. et al. Ethical guidance for health research in prisons in low- and middle-income countries: a scoping review. **Public Health**, v. 186, p. 217–227, set. 2020.
- AMARAL, V. D. S. et al. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. e310106, 2021.
- ASEN, E.; TOMSON, D.; YOUNG, V.; TOMSON, P. Family therapy in clinical practice. London: Routledge, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. **CUIDADO: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.
- AYRES, J. R.; CASTELLANOS, M. E. P.; BAPTISTA, T. W. D. F. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 51–60, jan. 2018.
- ATKINSON, P.; COFFEY, A.; DELAMONT, S. A debate about our canon. **Qualitative Research**, v. 1, n. 1, p. 5–21, abr. 2001.
- BARBOSA, M. L. et al. Equipe de saúde penitenciária: a realidade do processo de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p. 4397–4405, dez. 2022.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. [S.l.] Presse Universitaires de France, 1977.
- BERTALANFFY, L. von. General system theory: foundations, development, applications. New York: George Braziller, 1968.
- BEZERRA, C. de M.; ASSIS, S. G. de; CONSTANTINO, P. Sofrimento psíquico e estresse no trabalho de agentes penitenciários: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2135–2146, jul. 2016.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar a realidade do Sistema Carcerário Brasileiro**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2015. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2017/01/relatorio-cpi-sistema-carcerario-camara-ago2015.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 7.120, de dia de mês de 1984.** Lei de Execução Penal. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de dia de mês de 1988.** Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF, 1988

BRASIL. **Lei nº 11.343, de dia de mês de 2006.** Lei de drogas. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil:** Diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf> Acesso em: 6 set. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica.** Brasília, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 6 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em: 6 set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf)> Acesso em: 6 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf) . Acesso em: 6 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da Saúde da População Negra.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf). Acesso em: 6 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pd](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pd). Acesso em: 06 set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde Penitenciária**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_pnssp.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf). Acesso em: 06 set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2**. Brasília, DF:

Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>. Acesso em: 6 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.298, de 9 de setembro de 2021**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2298\\_10\\_09\\_2021.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2298_10_09_2021.html). Acesso em: 12 set 2022.

BYRNE, J. et al. An Imperfect Storm: Identifying the Root Causes of COVID-19 Outbreaks in the World's Largest Corrections Systems. **Victims & Offenders**, [S.l], v. 15, n. 7–8, p. 862–909, out. 2020.

CARMO, M. E. DO; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 26 mar. 2018.

CARRUTH, L. et al. Structural vulnerability: migration and health in social context. **BMJ Global Health**, v. 6, n. Suppl 1, p. e005109, abr. 2021.

CARVALHO, M. C. da V. S.; LUZ, M. T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l], v. 13, n. 29, p. 313–326, jun. 2009.

CARVALHO, S. G. de; SANTOS, A. B. S. dos; SANTOS, I. M. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3493–3502, set. 2020.

CARTAXO, R. DE O. et al. Panorama da estrutura presidiária brasileira. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.l], v. 26, n. 2, p. 266–273, 2014.

CASTRO, P. R. M. et al. Impactos psicológicos em adultos durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [S.l], v. 10, n. 11, 29 ago. 2021.

CESTARI, V. R. F. et al. Vulnerabilidade em saúde, educação e liberdade: reflexão à luz de Hannah Arendt. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210207, 2022.

CHAVEZ, R. S. Correctional Medicine. In: **Physician Assistant**, BALLWEG, R. et al (org.), [s.l.] Elsevier, 2008. p. 828– 850.

CNJ. **Modelo de Gestão da Política Prisional**. Caderno I: Fundamentos conceituais e principiológicos. Brasília, Conselho Nacional de Justiça, 2021.

CNJ. **O sistema prisional brasileiro fora da constituição - 5 anos depois: balanços e projeções a partir do julgamento da ADPF 347**. Brasília, CNJ, 2021. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relato%CC%81rio\\_ECI\\_1406.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relato%CC%81rio_ECI_1406.pdf). Acesso em: 06 set 2022.

CNJ. **Recomendação nº 62**, de 17 de março de 2020a. Brasília, DF: CNJ,

2020. CNJ. **Resolução nº 348**, de 13 de outubro de 2020b. Brasília, DF:

CNJ, 2020.

CNPCP. **Resolução Conjunta nº 1**, de 15 de abril de 2014. Brasília, DF: CNPCP, 2014.

COUGHLIN, S. S.; LEWIS, S. R.; SMITH, S. A. Ethical and Social Issues in Health Research Involving Incarcerated People. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 27, n. 2A, p. 18–28, maio 2016.

COLLINS, T. N.; AVONDOGLIO, J. B.; TERRY, L. M. Correctional psychopharmacology: pitfalls, challenges, and victories of prescribing in a correctional setting. **International Review of Psychiatry**, [S.l.], v. 29, n. 1, p. 34–44, jan. 2017.

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 6 set. 2022.

CORRÊA, D.S.R.C. et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 24, p. 2031-2041, 2019.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. de; PINTO, L. W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 21, n. 7, p. 2089–2100, jul. 2016.

CUNHA, O. et al. The impact of imprisonment on individuals' mental health and society reintegration: study protocol. **BMC Psychology**, v. 11, n. 1, p. 215, 25 jul. 2023.

DAMAS, Fernando Balvedi; OLIVEIRA, Walter Ferreira. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 5, n. 12, p. 1-24, 2013.

DANSO, R. Cultural competence and cultural humility: A critical reflection on key cultural diversity concepts. **Journal of Social Work**, v. 18, n. 4, p. 410–430, jul. 2018.

DAVIS, A. **Estarão as Prisões Obsoletas?** Rio de Janeiro: DIFEL, 2018.

DE FARIA, H.P.; WERNECK, Marcos A. F.; DOS SANTOS, M. A.. Processo de trabalho em saúde. **Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed**, 2009.

DE MIRANDA GONDIM, G. M.; MONKEN, M. O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In: DE MENDONÇA, M. H. M. et al. (ed.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. DGO-Digital original ed. [s.l.] SciELO – Editora FIOCRUZ, 2018. p. 143–176.

DEPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias 2024**. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 10 set 2024.

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

DISTRITO FEDERAL, **Nota Técnica N.º 1/2022 -**

**SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GEESP.**

Dispõe sobre o Fluxo da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no DF. Secretaria de Estado de Saúde do DF. 02 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/saude-prisonal1>. Acesso em: 05 out 2024.

DISTRITO FEDERAL. **Nota Técnica N.º 1/2023 - SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GEESP.**

Dispõe sobre o Acolhimento para as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) acompanhadas pelas equipes de saúde no Sistema Prisional do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do DF. 17 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Nota+T%C3%A9cnica+N.%C2%BA+01-2023+-+SES-SAIS-COAPS-DAEAP-GEESP+-+Acolhimento+para+as+Pessoas+Privadas+de+Liberdade+%28PPL%29+acompanhadas+pel+as+equipes+de+sa%C3%BAde+no+Sistema+Prisional+do+Distrito+Federal..pdf/68fcd7fe-99fd-3c43-946f-bb444813e80e?t=1681393826399>. Acesso em: 05 out 2024.

DISTRITO FEDERAL, **Portaria Conjunta nº 18 de 24 de julho de 2023**. Dispõe sobre a Regulamentação das relações entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Distrito Federal (SEAPE/DF). Diário oficial do Distrito Federal, Ano 52, Nº146, p.4, 3 de agosto de 2023. Disponível em: [https://www.dodf.df.gov.br/dodf/jornal/visualizar-pdf?pasta=2023|08\\_Agosto|DODF%20146%2003-08-2023|&arquivo=DODF%20146%2003-08-2023%20INTEGRA.pdf](https://www.dodf.df.gov.br/dodf/jornal/visualizar-pdf?pasta=2023|08_Agosto|DODF%20146%2003-08-2023|&arquivo=DODF%20146%2003-08-2023%20INTEGRA.pdf) Acesso em: 05 out 2024.

DORICCI, G. M.; CROVADOR, B. S.; MARTINS, C. B. As mudanças nas famílias contemporâneas e os reflexos nas políticas públicas. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 471-480, set./dez. 2017

EVANGELISTA, Maria José de Oliveira et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 24, p. 2115-2124, 2019.

FACCHINI, L. A. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? *APS em Revista*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 3–10, 15 abr. 2020.

FARRIER, A.; BAYBUTT, M.; DOORIS, M. Mental health and wellbeing benefits from a prisons horticultural programme. *International Journal of Prisoner Health*, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 91–104, 11 mar. 2019.

FAUSTO, M. C. R. et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, [S.l.], v. 42, n. spe1, p. 12–14, set. 2018.

FACER-IRWIN, E. et al. PTSD in prison settings: A systematic review and meta-analysis of comorbid mental disorders and problematic behaviours. *PLOS ONE*, [S.l.], v. 14, n. 9, p. e0222407, set. 2019.

FAYOMI, O. S. I.; OKOKPUJIE, I. P.; UDO, Mfon. The role of research in attaining sustainable development goals. In: *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*. IOP Publishing, 2018. p. 012002.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR, K. R. D. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 37, p. 473–483, 18 mar. 2011.

FAZEL, S.; YOON, I. A.; HAYES, A. J. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, v. 112, n. 10, p. 1725–1739, out. 2017.

FERNANDES, A. D.; CURRA, M. C. Família: um espaço privilegiado para o cuidado em saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 1, p. 107-110, jan./fev. 2005.

FERREIRA, J. P. A desigualdade de gênero que reflete no encarceramento feminino brasileiro. *IAÇÁ: Artes da Cena*, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 99, 14 ago. 2019.

FERREIRA, M. R. L. et al. Determinantes sociais da saúde e desfecho desfavorável do tratamento da tuberculose no sistema prisional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 12, p. 4451–4459, dez. 2022.

FERREIRA, R. A. O tronco na enxovia: escravos e livres nas prisões paulistas dos oitocentos. In: MAIA, C.N. et al., *História das prisões no Brasil*. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

FLORENÇIO, R. S.; MOREIRA, T. M. M. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE00353, 29 jun. 2021.

FLORENÇIO, R. S. et al. Mapping studies on vulnerability in health: a scoping review . **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 10, p. e2079108393, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8393. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8393>. Acesso em: 4 oct. 2024.

FONSECA, H.L.P.. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 24, p. 1981-1990, 2019.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2011

FOVET, T. et al. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM. **La Presse Médicale**, v. 43, n. 5, p. 520–528, maio 2014.

FRANCO, T.B. *In*: Pinheiro, R.; MATOS, R. A.(org.) **Gestão em Redes**, Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ - ABRASCO, , 2006.

FRIESE, S.; SORATTO, J.; PIRES, D. Carrying out a computer-aided thematic content analysis with ATLAS. ti. **MMG Working Paper**, 2018.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Encarceramento feminino**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2018. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/a984eef9-b0d5-49e1-86c8-07423d66f592/content>. Acesso em: 17 jul. 2022.

GARLAND, D. (ed.). **Mass imprisonment: social causes and consequences**. Londres; Thousand Oaks, Calif: SAGE, 2001.

GAUDENZI, P. Cenários brasileiros da Saúde Mental em tempos de Covid-19: uma reflexão.

**Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, n. suppl 1, p. e200330, 2021.

GERMANO, I. M. P.; MONTEIRO, R. Á. F. G.; LIBERATO, M. T. C. Criminologia Crítica, Feminismo e Interseccionalidade na Abordagem do Aumento do Encarceramento Feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.l.], v. 38, n. spe2, p. 27–43, 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 8, 20 ago. 2018.

GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 44, n. spe4, p. 161–176, 2020.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.

GIOVANELLA, L. (ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020.

GRIFFITHS, E. V.; WILLIS, J.; SPARK, M. J. A systematic review of psychotropic drug prescribing for prisoners. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 46, n. 5, p. 407–421, maio 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. 3 reimpressão. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GOIS, S. M. et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 17, n. 5, p. 1235–1246, maio 2012.

GONDIM, G. M. DE M. Entrevista: Luiz Odorico Monteiro de Andrade. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 587–594, nov. 2010.

GÖTTEMS, L. B. D.; MOLLO, M. DE L. R. Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 54, p. 74, 5 ago. 2020.

GUIMARÃES, C. F.; MENEGHEL, S. N.; OLIVEIRA, C. S. D. Subjetividade e estratégias de resistência na prisão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 26, n. 4, p. 632–645, dez. 2006.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade-: Princípios, Formação e Prática**. Artes Medicas, 2018.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: VOZES, 1987.

HASSAN, L. et al. A comparison of psychotropic medication prescribing patterns in East of England prisons and the general population. **Journal of Psychopharmacology**, v. 28, n. 4, p. 357–362, abr. 2014.

HASSAN, L. et al. Accounting for Psychotropic Medication Changes in Prisons: Patient and Doctor Perspectives. **Qualitative Health Research**, v. 25, n. 7, p. 954–965, jul. 2015.

HASSAN, L. et al. Staff and patient perspectives on the purpose of psychotropic prescribing in prisons: care or control? **General Hospital Psychiatry**, v. 35, n. 4, p. 433–438, jul. 2013.

HUNTER, Kathryn Montgomery; MONTGOMERY, Kathryn. **Doctors' stories: The narrative structure of medical knowledge**. Princeton University Press, 1991.

JASKOWIAK, C. R.; FONTANA, R. T. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 68, n. 2, p. 235–243, abr. 2015.

JESUS, L. O.; SCARPARO, H. B. K.; LERMEN, H. S. Desafios profissionais no campo da saúde e no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. *Aletheia*, v. 41, p. 39–52, 2013.

KIDD, M. R. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. (ed.). **The contribution of family medicine to improving health systems: a guidebook from the World Organization of Family Doctors**. 2nd ed ed. London ; New York: Radcliffe Pub, 2013.

LAV - UERJ. Análise dos impactos dos ataques do PCC em São Paulo em maio de 2006. Laboratório de Análise da Violência – UERJ. **Conectas Direitos Humanos**, 2008. Disponível em: [https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2017/12/2008\\_Analise\\_dos\\_impactos\\_dos\\_ataques\\_do\\_PCC\\_em\\_S%C3%A3o\\_Paulo\\_em\\_maio\\_2006.pdf](https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2017/12/2008_Analise_dos_impactos_dos_ataques_do_PCC_em_S%C3%A3o_Paulo_em_maio_2006.pdf). Acesso em: 22 ago 2022.

LAROUZÉ, B. et al. Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 31, n. 6, p. 1127– 1130, jun. 2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.

LEKAS, H.-M.; PAHL, K.; FULLER LEWIS, C. Rethinking Cultural Competence: Shifting to Cultural Humility. **Health Services Insights**, v. 13, p. 117863292097058, jan. 2020.

LERMEN, H. S. et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 905– 924, set. 2015.

LEVCOVITZ E, COUTO MH. **Sistemas de Saúde na América Latina no Século XXI**. In: NOGUEIRA RP, et al. (Orgs). Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises 3, 2018. Brasília: Nesp/Ceam/UnB - Nethis/Fiocruz. p. 99-118.

LIMA, J. Á. D. Por uma Análise de Conteúdo Mais Fiável. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, p. 7–29, 24 mar. 2014.

MACHADO, M. R.; VASCONCELOS, N. P. de. Uma conjuntura crítica perdida: a COVID- 19 nas prisões brasileiras. **Revista Direito e Práxis**, [S.l], v. 12, n. 3, p. 2015–2043, jul. 2021.

MAIA, C. N. (ed.). **História das prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

MARTINS, É. L. C. et al. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1222–1234, dez. 2014.

MAYCOCK, M. ‘Covid-19 has caused a dramatic change to prison life’. Analysing the impacts of the Covid-19 pandemic on the pains of imprisonment in the Scottish Prison Estate. **The British Journal of Criminology**, [S.l], v. 62, n. 1, p. 218–233, jan. 2022.

MATOS, L. M. et al. O Projeto Prisões Livres de Tuberculose. **Revista Brasileira de Execução Penal - Rbep**, [S.l], v. 2, n. 1, p. 133–147, 2021.

MATTOS, R. de A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l], v. 13, n. 1, p. 771–780, 2009.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & ensaios**, n. 32, p. 122-151, 2016.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, [S.l], v. 12, n. 2, p. 204– 2013, 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2005.

MUNDT, A. P. et al. Substance Use During Imprisonment in Low- and Middle-Income Countries. **Epidemiologic Reviews**, v. 40, n. 1, p. 70–81, 1 jun. 2018.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista da APS**. v. 12, n. 2, p. 204–2013, 2009.

MENDES, E. V. “**Agora mais que nunca**” Revisão Bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2012/03/Agoramaisquenunca.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. DE S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l], v. 21, n. 7, p. 2031–2040, jul. 2016.

MIRANDA, A. E.; RANGEL, C.; COSTA-MOURA, R. (ed.). **Questões sobre a população prisional no Brasil: saúde, justiça e direitos humanos**. Vitória: UFES, PROEX, 2015.

MORA, C. et al. Over half of known human pathogenic diseases can be aggravated by climate change. **Nature Climate Change**. v.12, ed. 9, p.869–875, 2022. 8 ago. 2022.

MORGAN, D. L. **Focus groups as qualitative research / David L. Morgan**. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1997.

NABUCO, Guilherme et al. Avanços e conquistas na saúde pública do DF, Brasil: uma contribuição essencial da medicina de família e comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l], v. 24, p. 2221-2232, 2019.

NEDEL, F. B. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! **APS em Revista**, [S.l], v. 2, n. 1, p. 11–16, 15 abr. 2020.

NJAINÉ, K. et al. (EDS.). **Impactos da Violência na Saúde**. 4. ed. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2020.

ONU. **Declaração de Moscou - Saúde prisional como parte da saúde pública**. 2003. Disponível em: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/98971/E94242.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf). Acesso em: 6 set. 2022.

ONU. **Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health**. Copenhagen Ø, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2014.

ONU. **Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos - Regras de Nelson Mandela**. 2015.

ONU. **Regras de Bangkok: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras**. 2016a.

ONU. **Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment on his mission to Brazil**, 29 jan. 2016b.

Disponível em:

[https://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/31/57/Add.4](https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/31/57/Add.4) Acesso em: 23 mar. 2022.

PAIM, J. **Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, FIOCRUZ, 2008.

PATIAS, N. D.; VON HOHENDORFF, J. Critérios de Qualidade para Artigos de Pesquisa Qualitativa. **Psicologia em Estudo**, [S.l], v. 24, 21 nov. 2019.

PAIXÃO, W. H. P. da et al. A saúde mental dos agentes do sistema prisional: mapeamento de estudos brasileiros. **Research, Society and Development**, [S.l], v. 11, n. 4, p. e21611427147, 16 mar. 2022.

PINHEIRO, R.; SILVA, F. H. DA. Pesquisa e Práticas de Apoio Institucional: um ensaio sobre os nexos axiológicos e epistêmicos entre Integralidade, Humanização e Formação na saúde. **Sau. & Transf. Soc.**, [S.l], v. 5, n. 2, p. 11–19, 2014.

PINHEIRO, R. et al. (ed.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

PINTO, L. F. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2105–2114, jun. 2019.

PINTO, C.A.G. Importância das RAS: Unidade 1. *In*: Curso de Aperfeiçoamento Multiprofissional de Preceptores para Integração Ensino e Serviço nos Territórios de Saúde. **Rede Integrada e Cuidado Integrado**. Brasília: UNA-SUS. Fiocruz, 2022, baseada em MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 22 abr. 2022.

QUEIROZ, Nana. **Presos que menstruam: a brutal vida das mulheres-tratadas como homens-nas prisões brasileiras**. Editora Record, 2015.

RIBEIRO, C. D. M. Justiça como práxis, capacidades humanas e saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [S.l], v. 24, n. 3, p. 951–971, set. 2014.

RIBEIRO, L. M. L. et al. Agentes penitenciários aprisionados em suas redes? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S.l], v. 34, n. 101, p. e3410115, 2019.

RIBEIRO, L.; MARTINO, N.; DUARTE, T. L. Antes das grades: perfis e dinâmicas criminais de mulheres presas em Minas Gerais. **Sociedade e Estado**, v. 36, n. 2, p. 639–665, ago. 2021.

ROBERTS, A. et al. Family intervention in a prison environment: A systematic literature review: Family intervention in prison. **Criminal Behaviour and Mental Health**, v. 27, n. 4, p. 326–340, out. 2017.

RODRIGUES, P. H. de A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37– 60, mar. 2014.

RODRIGUES, P. H. DE A. et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 1147–1166, dez. 2013.

RODRIGUES, P. H. DE A.; SANTOS, I. S. (ed.). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Hucitec Editora, 2017.

ROULEAU, K. et al. Strengthening Primary Care Through Family Medicine Around the World: Collaborating Toward Promising Practices. **Family Medicine**, [S.l.], v. 50, n. 6, p. 426–436, 8 jun. 2018.

RUDNICK, D.; SOUZA, M. F. DE. Em busca de uma política pública para os presídios brasileiros: As CPIs do sistema penitenciário de 1976 e 1993. **Revista de informação legislativa**, [S.l.], v. 47, n. 186, p. 107–115, 2010.

RUMIN, C. R. et al. O sofrimento Psíquico no trabalho de vigilância em prisões. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 1, p. 188–199, 2011.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; WELTGESUNDHEITSORGANISATION (ed.). **European health care reform: analysis of current strategies**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Off. for Europe, 1997.

SAMPAIO, R. C. **Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública - Enap, 2021.

SAMPAIO, R. C. et al. Muita Bardin, pouca qualidade: uma avaliação sobre as análises de conteúdo qualitativas no Brasil. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 10, n. 25, p. 464–494, 16 dez. 2022.

SÁNCHEZ, Alexandra Roma et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 545-552, 2007.

SÁNCHEZ, A. R.; DIUANA, V.; LAROUZÉ, B. Controle de tuberculose nas prisões brasileiras: novas abordagens para um antigo problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 850–850, maio 2010.

SÁNCHEZ, A.; LAROUZÉ, B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2071–2080, jul. 2016.

SÁNCHEZ, A. et al. COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. e00083520, 2020.

SÁNCHEZ, A. et al. Mortalidade e causas de óbitos nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Jorge Esteves, v. 37, n. 9, p. e00224920, 2021. nha

SANTOS, A. B. S. DOS et al. Abordagem a pessoas privadas de liberdade na atenção primária à saúde. In: **PROMEF**. Porto Alegre: ARTMED, 2022.

SANTOS A. et al. Medidas e Orientações para o enfrentamento ao Covid 19 nas prisões. 2021. **Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde**, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://proceedings.science/cbpps-2021/papers/medidas-e-orientacoes-para-o-enfrentamento-ao-covid-19-nas-prisoos>. Acesso em: 04 jul. 2022.

SANTOS, S. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **PLURAL**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 214–241, 2017.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 29, n. 1, p. 63–74, fev. 1995.

SEAPE-DF. **O Sistema Prisional em Números**. 2022. Disponível em: <https://seape.df.gov.br/painel>. Acesso em: 24 abr. 2022.

SEMENZA, D. C.; GROSHOLZ, J. M. Mental and physical health in prison: how co-occurring conditions influence inmate misconduct. **Health & Justice**, v. 7, n. 1, p. 1, dez. 2019.

SILVA, Marcelo José de Souza; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 29, 2019.

SILVA JUNIOR, A. G. DA. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

SILVA, M. B. B. E; SALGUEIRO LERMEN, H.; SANTOS, A. K. Visibilizar indivíduos, ocultar instituições: uma análise documental de categorias governamentais para abordar o fenômeno do confinamento no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 54–70, 30 jun. 2022.

SILVA, M. **Saúde Penitenciária no Brasil**: Plano e Política. [s.l.]. Verbena Editora, 2015.

SIMAS, L. et al. Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 39–55, 18 mar. 2021.

SHEIMAN, I.; SHISHKIN, S.; SHEVSKY, V. The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. **Risk Management and Healthcare Policy**, v. 11, p. 209–220, nov. 2018.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 21, n. 7, p. 1999–2010, jul. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Medidas e**

**Orientações para o enfrentamento da COVID – 19 no sistema prisional.**

SBMFC, 2020. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Segunda-](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Segunda-Edic%CC%A7a%CC%83o_GTSau%CC%81dePrisional_FINAL.pdf)

[Edic%CC%A7a%CC%83o\\_GTSau%CC%81dePrisional\\_FINAL.pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Segunda-Edic%CC%A7a%CC%83o_GTSau%CC%81dePrisional_FINAL.pdf). Acesso em: 6 set. 2022

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P. D.; FRIESE, S. Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for researchs in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. e20190250, 2020.

SOUZA, R. de et al. Rastreamento de sintomas de depressão em policiais penais: estudo de validação do PHQ-9. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 180–190, 1 maio 2021.

SUHOMLINOVA, O. et al. Locked up While Locked Down: Prisoners' Experiences of the COVID-19 Pandemic. **The British Journal of Criminology**, [S.l.], v. 62, n. 2, p. 279–298, fev. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** [s.l.] UNESCO, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, [S.l.], v. 83, n. 3, p. 457–502, set. 2005.

STELET, B. P. **Entre Contos e Contrapontos: Medicina Narrativa na Formação Médica.** Curitiba, PR: Appris Editora e Livraria Eireli - ME, 2020.

STELET, B. P. Diálogos epistêmicos em Saúde Coletiva: a narrativa arendtiana como aporte teórico-metodológico para pesquisa sobre processos formativos em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 25, p. e200584, 2021.

TADROS, E. et al. Coparenting and Mental Health in Families with Jailed Parents. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 16, p. 8705, 18 ago. 2021.

TANGWA, G. B. Research with vulnerable human beings. **Acta Tropica**, v. 112, p. S16–S20, nov. 2009.

TASCA, Renato et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 24, p. 2021-2030, 2019.

TIMERMAN, Natalia. **Desterros – histórias de um hospital-prisão.** São Paulo: Elefante, 2017.

VALIM, E. M. A.; DAIBEM, A. M. L.; HOSSNE, W. S. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. **Revista Bioética**, v. 26, n. 2, p. 282–290, jun. 2018.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S.l.], v. 22, n. 63, p. 153–155, fev. 2007.

VARELLA, Drauzio. **Carcereiros**. Editora Companhia das Letras, 2012.

VARELLA, Drauzio. **Estação carandiru**. Editora Companhia das Letras, 2005. VARELLA, Drauzio. **Prisioneiras**. Editora Companhia das Letras, 2017.

WACQUANT, L. J. D. **As prisões da miséria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

WANG, E. A. et al. Cardiovascular Disease in Incarcerated Populations. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 69, n. 24, p. 2967–2976, jun. 2017.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 1997. Declaration of Helsinki: Recommendation guiding physicians in biomedical research involving humans subjects. *JAMA*, 277:925-926.

WPB. **World Prison Brief**. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/>. Acesso em: 4 abr. 2022.

## APÊNDICE A: Roteiro de grupo focal

### **1. Pergunta de Primeiro Contato**

- Quais são as formas que vocês, equipe, encontram para oferecer acesso a Unidade Básica de Saúde, ou seja, como as pessoas privadas de liberdade conseguem chegar para os atendimentos individuais ou coletivas na UBSP?
- Como se dá o primeiro contato com a Unidade Básica de Saúde Prisional?

### **2. Pergunta de Longitudinalidade/Continuidade**

- De que forma a equipe organiza a continuidade do cuidado daqueles pacientes que foram atendidos e precisam de retornos, sejam retornos pontuais ou frequentes?

### **3. Pergunta de Integralidade**

- De que forma a equipe registra e acessa informações feitas por outros membros da UBS?

### **4. Perguntas de Coordenação de Cuidado**

- a) Quais são as estratégias para que o paciente possa transitar (ir e voltar) nos diferentes níveis de atenção (policlínicas, ambulatórios, hospitais...)?
- b) Quais as ações da equipe para se comunicar com outros serviços?

### **5. Perguntas para competência cultural, orientação familiar e comunitária**

- a) De que forma a comunidade de pessoas que transitam no presídio participa da organização dos serviços?
- b) De que forma a comunidade de pessoas da comunidade externa participa da organização dos serviços?
- c) Quais são as estratégias para incluir a família no cuidado das pessoas privadas de liberdade?
- d) Como a equipe incorpora a influência da cultura local no cotidiano do trabalho?

**APÊNDICE B:** Codificação após leitura flutuante

Acesso
acesso pelo policial penal
Acesso por bonde
acesso por catatau
acesso por grupos
acesso por mutirão
acesso por via judicial
acolhimento
acompanhamento da política de saúde prisional
articulação seape-ses
assistência farmacêutica
atribuição dos municípios e DF
atribuições da seape - DF
atribuições da união
atribuições do ministério da justiça
atribuições dos estados e DF
atribuições dos servidores para saúde prisional
barganhas
Busca ativa
busca ativa no território
competência cultural
Competências da SES-DF na Saúde Prisional
composição de equipe
Comunicação com a rede de saúde e social

consultas externas
contato para obter insumos ou medicamentos
Contexto
Coordenação do cuidado
cuidado de condições crônicas
definição de PPL
desbalanço entre a prioridade de ofícios e dos outros pedidos de atendimento
designação de servidores da saúde
Despriorização de certos tipos de atendimento em detrimento de outros
determinantes sociais
diferenças entre os regimes e presídios
dificuldade com agendamento externo
dificuldade em equilibrar acesso
Dificuldade em oferta agenda aberta/acesso avançado
dificuldades na intersectorialidade
dificuldades no compartilhamento do cuidado
diretrizes da política
diretrizes para projetos na saúde prisional
discussão de caso
encaminhamentos internos
equipamentos em saúde
estigma
experiências de trabalho multiprofissional
Família
fiscalização da portaria
formação dos trabalhadores do sistema prisional

gestão da clínica
Grupos
incentivo financeiro
indicadores específicos
Integralidade
intersetorialidade
invisibilidade da equipe de saúde
Longitudinalidade
medicação psicotrópica
medo das PPL
monitoramento e avaliação
Noção/ideia sobre APS
normas de funcionamento das UBSP
objetivos da política
orientação comunitária
papel dos servidores no sistema penal
participação social
participação social das PPL no processo de trabalho
PICS
polícia penal importante para equipe de saúde
população e carga horária por equipe
princípios da política
processo de trabalho
questões étnico-raciais
Relações interpessoais no cuidado/vínculo
resolutividade

conhecimento da população sobre o funcionamento do serviço
responsabilidade conjunta
saúde mental
tempo até ser atendido
termos de adesão da política
Território
trabalho das PPL nas prisões em serviços de saúde
Trabalho em equipe
urgência e emergência
Vigilância
violência
Volume grande de ofícios

## ANEXO: Portarias Vigentes para a Saúde Prisional do DF

- PORTARIA CONJUNTA N° 03, de 03 de abril de 2014, criando as alas de segurança para atendimento aos pacientes do Sistema Penitenciário e da DCCP no Instituto- IHBDF, no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no Hospital Regional do Paranoá (HRP) e no Hospital Regional do Gama (HRG).
- PORTARIA N° 2.765, de 12 de dezembro de 2014, dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências.
- Nota Técnica N° 1/2020-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS. Orienta sobre especificidades da população privada de liberdade nas fichas de notificação.
- PORTARIA GM/MS N° 2.298, de 9 de setembro de 2021, Dispõe sobre Normas de Operacionalização da PNAISP.
- PORTARIA CONJUNTA N° 6, de 17 de fevereiro de 2022, Institui o Grupo Condutor da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade do DF-GCPNAISP.
- PORTARIA CONJUNTA N° 07, de 18 de fevereiro de 2022, que regula as relações entre a SES-DF e PCDF para fins de cooperação com vista à execução da Assistência Integral à Saúde na unidade da Divisão de Controle e Custódia de Presos (DCCP)
- [Portaria Conjunta nº 18 de 24 de julho de 2023 - SES/DF e SEAPE/DF](#) - Regulamentação das relações entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Distrito Federal (SEAPE/DF)
- [Nota Técnica](#) - Fluxo da atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade
- [Nota Técnica N.º 01-2023 - SES-SAIS-COAPS-DAEAP-GESSP](#) - Acolhimento para as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) acompanhadas pelas equipes de saúde no Sistema Prisional do Distrito Federal.
- [Nota Informativa 6](#) - Fluxo de acesso às insulinas análogas para DM2 no Sistema Prisional
- [Nota Técnica nº 02/2022 - SES-SAIS/COAPS/DAEAP/GESSP](#) - Organização do processo de trabalho para o manejo da dengue no sistema prisional do Distrito Federal" e outro link para a
- [Nota Técnica nº 03/2023 - SES-SAIS/COASIS/DIENF/GENFAPS](#) - Manejo de Afecções Dermatológicas por Enfermeiro e Médico no Contexto da Atenção Primária à Saúde Prisional"
- [Nota Técnica nº 03/2024 - GESSP/DAEAP e GEQUALI/DESF](#) - Cadastro no PEC e- SUS APS de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional do Distrito Federal