

SAÚDE COMO DIREITO

APARATOS LEGAIS E ESTRUTURA DA ATENÇÃO NO SISTEMA PRISIONAL DE MATO GROSSO¹

Weslen Santana Padilha²
Reni Aparecida Barsaglini³

Resumo: A saúde é direito constitucional de todo cidadão e foi assumido como política pública, como tal, abrange as pessoas privadas de liberdade. Além de ordenamentos genéricos, esta população conta com aparatos oficiais específicos que carregam valor administrativo e legal com vistas a garantir o referido direito. Entre eles estão os aparatos legais que preconizam a implantação de equipes multiprofissionais de saúde em unidades prisionais. Diante disso, o objetivo do presente texto foi identificar e descrever em quais aparatos legais se ampara e como se configura a atenção à saúde como direito das pessoas privadas de liberdade em Mato Grosso. Teve como fonte privilegiada dos dados, as publicações oficiais de domínio público cuja matéria versa sobre a organização (estrutura e equipe) e nor-

¹ Resultados parciais do subprojeto intitulado *Fortalecimento da linha de pesquisa Diversidade sociocultural, ambiente e trabalho do Mestrado em Saúde Coletiva/ISC/UFMT*, financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, Edital PNPd/2011 Processo nº 23038.007708/2011, vigência 2012-2016.

² Mestre em Saúde Coletiva, Graduado em Bacharel de Enfermagem, Graduado em Bacharel em Biomedicina, Especialista em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde, Especialização em Gestão Pública (Em andamento) pelo Instituto Federal de Mato Grosso e Universidade Aberta do Brasil, Bacharel em Educação Física (em andamento) pela Universidade Federal de Mato Grosso.

³ Docente do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT. Possui graduação em Pedagogia, especialização em Saúde Pública, especialização em Política de recursos humanos para a gestão do SUS, mestrado em Saúde e Ambiente e doutorado em Saúde Coletiva, atualmente, realiza estágio pós-doutoral junto ao Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra/Portugal.

matização da atenção à saúde no Sistema Prisional. Notou-se que a atenção à saúde encontra, de modo geral, avançado aparato jurídico-legal nacional e Mato Grosso vem implementando evidente pela presença de equipes e profissionais de saúde atuantes, embora tenha havido dificuldade de encontrar os documentos pertinentes. No Brasil cada Estado tem autonomia e especificidade para implantação, porém diante das condições iníquas históricas predominantes referentes à população, o direito à saúde não se efetiva nos limites dos muros da prisão.

Palavras-chave: Direito à saúde; Políticas Públicas; Saúde no Sistema Prisional.

HEALTH AS LAW
LEGAL DEVICES AND STRUCTURE OF CARE IN THE PRISON SYSTEM OF MATO GROSSO

Abstract: Health is the constitutional right of every citizen and has been assumed as public policy, as such covers persons deprived of liberty. In addition to generic ordinances, this population has specific official apparatuses that carry administrative and legal value with a view to guaranteeing said right. Among them are the legal apparatuses that advocate the implantation of multiprofessional health teams in prison units. In view of this, the objective of this text was to identify and describe in which legal devices protection is provided and how health care is defined as the right of persons deprived of liberty in Mato Grosso. It had as privileged source of the data, the official publications of public domain whose subject deals with the organization (structure and staff) and normatization of the attention to health in the Prison System. It was noted that health care has, in general, advanced legal national legal status and Mato Grosso has been implemented evident by the presence of active health professionals and staff, although it has been difficult to find the relevant documents. In Brazil, each state has autonomy and specificity for its implementation, but in the face of the prevailing historical wicked conditions regarding the population, the right to health is not effec-

tive within the limits of the prison walls.

Key words: Right to health; Public Policy; Health in the Prison System.

Introdução

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – CF, em seu artigo 196 reconhece o direito à saúde a todos os indivíduos, devendo o Estado oferecer condições favoráveis para tanto. Nesta assertiva, saúde, então, se constitui como direito de cidadania e será efetivada por meio de políticas públicas. Segundo Fleury e Ouverney (2008) cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos. As políticas públicas assim são porque envolvem o poder público e atrelam-se aos valores assumidos pelo Estado perante à sociedade no seu compromisso com os direitos econômicos, políticos e sociais, culturais dos cidadãos, entre os quais se inclui a saúde. Para o presente artigo concordamos que as políticas públicas *tratam do conteúdo concreto e simbólico de decisões políticas e do processo de construção e atuação dessas decisões* (SECCHI, 2013, p.1).

Assim, a política pública implica um conjunto, razoavelmente, consistente de decisões interligadas e de ações voltadas para implementá-las. Isto quer dizer que a sua existência se efetivará mediante uma dimensão política por entrar na agenda de decisões, uma dimensão legal pela formalização e institucionalização assumida pelas autoridades competentes, e uma dimensão social quando se concretiza aos seus beneficiários. Portanto, na sua operacionalização contará com programas (conjunto de ações e projetos de interven-

ção), projetos (instrumentos de implantação de um programa social) e as ações propriamente com seus beneficiários últimos.

A Constituição é a lei suprema do país e se soma às leis, emendas, decretos, resoluções, medidas provisórias, entre outros, que compõem o que se denomina de ordenamento jurídico de um estado. E o ordenamento jurídico, para a efetivação, manutenção e organização, conta com um conjunto de instrumentos como emendas à Constituição, leis complementares, leis ordinárias, medidas provisórias, já previstas na própria Constituição.

Tanto os ordenamentos quanto as políticas públicas podem ser denominados *aparatos legais*. Estes, na sua acepção literal, se referem aos elementos que preparam para dada ação, no sentido de intervir com finalidade, objetivando-se textualmente. Documentos são registros de ação humana singular ou coletiva e cumprem funções. E, no caso do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade como prerrogativa pública estatal, nos interessou aqueles de autoria governamental, ou seja, os *oficiais*. Estes documentos são fruto das funções de dada instituição (o Estado) versando sobre assuntos decorrentes da sua atuação contendo informações e provas sobre ela e são usadas para atingir seus fins. Os documentos oficiais comportam valor administrativo porque comprovam direitos e obrigações sendo reconhecidos para fundamentar atos, fatos e acontecimentos, mas também valor legal que lhe é conferido pela legislação em vigor que os tornam demonstrativos de direitos da própria administração ou dos cidadãos (PEIXOTO, s/d). A legislação confere a vários documentos em particular a função de comprovar atos, decisões que podem ser consultadas em dadas ocasiões e orientam ações futuras que não devem ser incompatíveis nos diferentes níveis em que operam.

Quanto ao direito à saúde, como medidas para operacionalizá-lo, propôs-se o Sistema Único de Saúde - SUS, por meio do artigo 198 da CF/1988 e a regulamentação pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. O SUS norteia-se por princípios doutrinários e organizacionais que visam atender às necessidades de saúde de todo cidadão independentemente do modo em que vive na sociedade incluindo-se, portanto, os privados de liberdade (BRASIL, 1990a; 1990b).

Se há aparatos legais que tratam do direito à saúde de modo geral para toda população, há, também, aqueles específicos para as Pessoas Privadas de Liberdade – PPL, mas que são/espera serem compatíveis às diretrizes mais amplas da Política Nacional de Saúde.

Diante do exposto, este artigo decorre de projeto mais amplo (BARSAGLINI, 2016), e apresenta resultados parciais de pesquisa de mestrado (PADILHA, 2018), propondo como objetivo identificar e descrever em quais aparatos legais se ampara e como se configura a atenção à saúde como direito das pessoas privadas de liberdade em Mato Grosso. Para tanto, sempre baseados em documentos, os resultados estão organizados em três tópicos articulados precedidos da metodologia. No primeiro apresentamos a estrutura do Sistema Prisional em Mato Grosso mostrando o contexto organizacional onde incide o direito da atenção em saúde em tela, o segundo recupera como está prevista a presença de profissionais e equipes de saúde no Sistema Prisional brasileiro já que estes devem nortear as iniciativas regionais sem descuidar das suas peculiaridades; e o terceiro enfoca, especificamente, como se configura a presença de equipes de saúde no Sistema Prisional de Mato Grosso.

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de estudo qualitativo, de natureza documental pela exclusividade da fonte de dados adotada. Para Kripka, Scheller e Bonotto (2015) esse tipo de estudo é relevante, seja ele autônomo ou complementar, auxiliando o pesquisador a compreender dado problema por meio dos documentos contextualizados, recentes e/ou após longos períodos por uma série histórica.

Foram localizados documentos oficiais de acesso público nos níveis federal e estadual/MT referentes à saúde no Sistema Prisional. As buscas ocorreram de agosto de 2016 a junho de 2018 e as fontes, os tipos e respectivos títulos dos documentos encontrados e analisados, são apresentados em ordem cronológica de publicação no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1. Apresentação cronológica dos aparatos oficiais encontrados

N	Ano	Fonte/órgão	Tipo	Título do documento
1	1984	Casa Civil	Lei	Nº 7.210 - Lei de Execução Penal
2	1988	Casa Civil	Constituição	Constituição da República Federativa do Brasil
3	1990	Casa Civil	Lei	Nº. 8.080
4	1990	Casa Civil	Lei	Nº. 8.142
5	2003	Ministério da Saúde	Portaria	Nº. 1.777 - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
6	2010	Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso	Lei Complementar	Nº 413
7	2011	Ministério da Saúde	Portaria	Nº 2.488

CONTINUA

Quadro 1. Apresentação cronológica dos aparatos oficiais encontrados

CONTINUAÇÃO

N	Ano	Fonte/órgão	Tipo	Título do documento
8	2012	Ministério da Saúde	Política	Política Nacional da Atenção Básica
9	2013	SEJUDH/Mato Grosso	Relatório	Relatório de Gestão do Sistema Prisional de Mato Grosso
10	2014	Ministério da Saúde	Portaria	Nº 1 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional
11	2014	Ministério da Saúde	Portaria	Nº 305
12	2016	SEJUDH/Mato Grosso	Decreto	Nº 702
13	2017	Ministério da Justiça	Censo	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen
14	2017	SEJUDH/Mato Grosso	Decreto	Nº 1.018
15	2018	Casa Civil	Decreto	Nº 9.360

Fonte: produção dos autores.

O conjunto dos dados foi tratado pela *análise temática* com momentos não estanques de *exploração do material*, seguida da *pré-análise e interpretação* conforme descrevem Gil (2010) e Gomes (2011), complementando com o que recomendam Sá-Silva et al. (2009) para análise de documentos, cuja compreensão requer considerar a conjuntura socioeconômica-cultural e política e as particularidades do contexto das organizações do período da sua produção.

Embora os dados apresentados tenham como fonte privilegiada os documentos oficiais de acesso público, a pesquisa mais ampla foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Uni-

versitário Júlio Muller, protocolo CAAE: 18959013.7.0000.5541, de 31/07/2013.

O contexto: Sistema Prisional em Mato Grosso

De acordo com o Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – INFOPEN, o Brasil é o terceiro país do mundo em número de PPL (698,6 mil) sendo superado apenas pelos Estados Unidos (2,14 milhões) e China (1,65 milhão). Internamente, Mato Grosso ocupa décima oitava posição, com dez mil trezentos e sessenta e duas PPL, ao passo que dispõe de seis mil trezentos e sessenta e nove vagas expondo, assim, ocupação para além da capacidade (BRASIL, 2017).

A estrutura e organização do Sistema Prisional de Mato Grosso se orienta por documentos nacionais. Assim, no âmbito federal, a Presidência da República em 07/5/2018 aprovou o decreto nº 9.360, que versa sobre a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Justiça, remaneja cargos em comissão, aloca funções de confiança e dispõe sobre cargos em comissão e funções comissionadas técnicas mantidas temporariamente na Defensoria Pública da União (BRASIL, 2018). Destacam a Coordenação Geral de Promoção da Cidadania e a Coordenação de Saúde – responsáveis pelas ações de saúde às PPL no Sistema Prisional brasileiro (IDEM).

Em coerência, Mato Grosso pelo Decreto nº 1.018, de 24/5/2017, estabeleceu a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos – SEJUDH criada pela Lei Complementar nº 413, de 20/12/2010, bem como a distri-

buição de cargos em comissão e funções de confiança. O Gabinete da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos de Mato Grosso responde pela administração e gestão do Sistema Prisional, bem como é responsável central pela política de saúde específica às PPL no Estado, sendo que a Secretaria de Estado e Saúde de Mato Grosso é parceira na sua implementação. Interno à SEJUDH existe a Secretaria Adjunta de Administração Penitenciária – SAAP, responsável pela administração das instituições prisionais e dentre seus subsetores está a Diretoria de Saúde que gerencia as ações de saúde no Sistema Prisional/MT (MATO GROSSO, 2010; 2017).

O Sistema Prisional do estado de Mato Grosso é composto por cinco penitenciárias de regime fechado, situadas em Rondonópolis, Sinop, Água Boa e duas em Cuiabá/capital (uma delas, feminina); além de dois Centro de Ressocialização – de Cuiabá e de Várzea Grande. A elas somam-se uma Colônia Penal Agrícola (Palmeiras); quatro Centros de Detenção Provisória (em Juína, Pontes e Lacerda, Tangará da Serra, Lucas do Rio Verde); seis Centros de Atendimento Socioeducativo - CASE (Cuiabá, Barra do Garças, Cáceres, Rondonópolis, Sinop, Lucas do Rio Verde). Há, ainda, dois Centros de Atendimento Socioeducativo de Internação Provisória – Masculino e Feminino ambos em Cuiabá (MATO GROSSO, 2017).

Compõe, ainda, tal Sistema, quarenta e cinco cadeias públicas classificadas em níveis I, II e III, conforme Decreto 702, de 22/9/2016 de Mato Grosso (2016), a saber: nível I refere a capacidade de mais de 200 PPL; o nível II de 54 até 199 PPL e o nível III menor ou igual a 53 PPL, cuja distribuição e respectivos níveis são apresentados no Quadro 2.

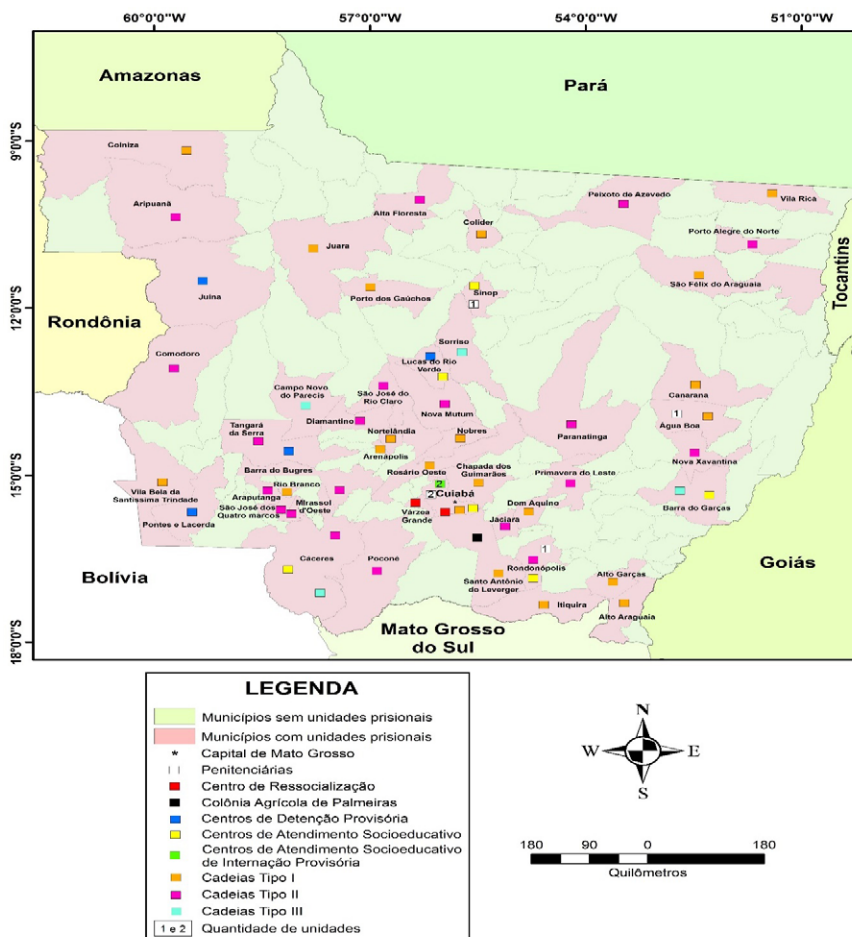
Quadro 2. Distribuição das cadeias públicas do estado de Mato Grosso, por níveis e municípios, 2017

Nível	Nº	Municípios de Mato Grosso
I	21	Alto Araguaia, Alto Garças, Feminina de Água Boa, Arenápolis, Colniza, Canarana, Chapada dos Guimarães, Centro de Custódia da Capital – Cuiabá, Feminina de Colíder, Dom Aquino, Itiquira, Juara, Feminina de Nortelândia, Nobres, Porto dos Gaúchos, Rio Branco, Rosário Oeste, Santo Antônio do Leverger, São Félix do Araguaia, Vila Rica e Vila Bela da Santíssima Trindade
II	20	Alta Floresta, Aripuanã, Araputanga, Feminina de Cáceres, Comodoro, Barra do Bugres, Diamantino, Jaciara, Mirassol D'Oeste, Nova Mutum, Nova Xavantina, Poconé, Peixoto de Azevedo, Primavera do Leste, Paranatinga, Porto Alegre do Norte, Feminina de Rondonópolis, Feminina de Tangará da Serra, São José dos Quatro Marcos, São José do Rio Claro
III	04	Barra do Garça, Cáceres, Campo Novo do Parecis, Sorriso
Total	45	

Fonte: MATO GROSSO (2017).

Para melhor visualização, apresentamos na Figura 1 o panorama geral das unidades prisionais de acordo com a localização nos municípios de Mato Grosso.

Figura 01. Mapa de localização espacial das unidades prisionais de Mato Grosso 2017



Fonte: PADILHA (2018).

Profissionais e equipes de saúde no Sistema Prisional e nos aparatos nacionais

No Brasil, a presença dos profissionais de saúde no Sistema Prisional foi descrita desde a criação da Lei de Execução Penal – LEP, de 1984, no seu Artigo 7º que recomenda que a Comissão Técnica de Classificação (responsável por elaborar o plano individualizador da pena) deveria possuir (além do diretor/presidente) no mínimo, dois chefes de serviço, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. E, no artigo 14 discriminava que a assistência à saúde do preso/internado deveria ser no modelo preventivo e curativo, de responsabilidade de médicos, farmacêuticos e odontólogos, sendo que psicólogos e assistentes sociais ficavam restritos à perícia (BRASIL, 1984). Era, no entanto, uma solução restrita, prática e pontual.

Na mesma década, na esteira da democratização, avanços na saúde são conquistados tendo como marcos históricos a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Cidadã de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, nos quais as PPL estariam contempladas enquanto cidadãos de modo geral. No entanto, em 2003, passados quase 20 anos da LEP, é que a saúde da população prisional se institui por amparo legal específico a partir da publicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional - PNSSP (BRASIL, 2003). O PNSSP preconizava que para cada 500 presos deveria existir uma equipe mínima para atendimento de saúde em nível ambulatorial, composta por (...) *médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e atendente de consultório dentário, com jornada de 20 horas semanais, para atenção a até 500 pessoas presas* (BRASIL, 2003. p. 3).

Para Silva (2015, p. 33) a LEP previa *assistência à saúde do preso* e o PNSSP visava promover *atenção integral à população prisional*. Concordamos com a afirmativa, visto que a LEP previa resguardar os direitos civis e o PNSSP propunha a atenção humanizada extensiva à *população prisional*, realçando a necessidade da promoção e prevenção, além da assistência.

Uma estratégia ousada e promissora no PNSSP (2003), conforme artigo 9º, é o envolvimento das PPL como Agentes de Promotores de Saúde no contexto prisional, inspirado, em grande parte, no modelo da Estratégia Saúde da Família vigente na Rede SUS. Esses profissionais teriam atribuições similares às do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2012; SILVA, 2016) que, sob supervisão da equipe de saúde, constituiriam o elo com a população presa, identificariam as demandas, realizariam certa triagem e levariam os casos à equipe para organizar as ações de forma programada e adequada às necessidades. Vale destacar que os Agentes podem contribuir significativamente, devido a população numerosa no contexto e o déficit de profissionais de saúde (FERNANDES, et al. 2014), mas sobretudo porque conhecem as reais necessidades da população da qual ele faz parte.

Em 2014, avança-se no âmbito legal com a substituição do PNSSP pela Política Nacional de Atenção à Saúde no Sistema Prisional – PNAISP (BRASIL, 2014a) que no artigo 20º reitera sobre os Agentes Promotores de Saúde realçando sua atuação na educação e promoção de saúde e estendendo-se, agora, à *comunidade prisional*, ou seja, familiares, trabalhadores que lá prestam serviços (da educação, saúde, segurança). De forma perspicaz, reconhece que estes, também, estão expostos às repercussões do aprisionamento.

É possível perceber que a PNAISP supera o PNSSP em relação à definição das áreas de saúde a compor as equipes, contemplando o profissional de farmácia e de terapia ocupacional. Contudo, consideramos que melhorias podem ser graduais para abarcar, também, nutricionistas e educadores físicos pois, o que preconiza é a equipe *mínima* e, portanto, estas categorias podem ser incorporadas como é o caso de nutricionistas que já atuam no Sistema Prisional de Mato Grosso, bem como o profissional de farmácia.

A PNAISP reitera que as ações de saúde devem ser ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares como unidade de Atenção Básica com área adstrita sendo que as demais ações e serviços deveriam ser assumidos e pactuados na Rede SUS, uma vez que a esta deve se integrar (BRASIL, 2014a). Todavia, o reconhecimento desta integração virá pela Portaria 305 de 10/4/2014 ao estabelecer normas e tipos de equipe de inclusão no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES (BRASIL, 2014b).

Assim, tais aparatos nacionais têm valor administrativo e legal e orientam as iniciativas dos demais entes federados, como apresentado no próximo tópico referente a Mato Grosso.

Sobre a presença de equipes de saúde no Sistema Prisional de Mato Grosso

Mato Grosso foi um dos estados pioneiros a aderir ao PNSSP, já em 2004 (LOPES, 2014; BARSAGLINI et al. 2015) e, segundo seu Relatório de Gestão (MATO GROSSO, 2013) as unidades com equipes de saúde implantadas estão descritas no Quadro 3.

Quadro 03. Distribuição das equipes de saúde implantadas, por unidade prisional, município, capacidade e ocupação das vagas em Mato Grosso, 2013.

Unidade Prisional	Município	Capacidade	População	Equipe de Saúde
Penitenciária Central do Estado – PCE	Cuiabá	851	1933	01
Penitenciária Feminina “Ana Maria do Couto May”	Cuiabá	180	181	01
Penitenciária Major PM Zuzi Alves da Silva	Água Boa	326	382	01
Penitenciária Dr. Osvaldo F. L. Ferreira “Ferrugem”	Sinop	326	698	01
Penitenciária Major Eldo Sá Corrêa “Mata Grande”	Rondonópolis	828	991	01
Centro de Ressocialização de Cuiabá – CRC	Cuiabá	470	917	02
Centro de Ressocialização de Várzea Grande	Várzea Grande	192	309	01
Centro de Detenção Provisória	Tangará da Serra	152	209	01
Centro de Detenção Provisória	Pontes e Lacerda	144	205	01
Centro de Detenção Provisória	Juína	152	158	01
TOTAL				11

Fonte: Adaptado de MATO GROSSO (2013; 2017).

Vale destacar que, até o momento da escrita, o último Relatório de Gestão consultado (MATO GROSSO, 2013) apresenta que Mato Grosso conta com 11 equipes de saúde implantadas. Salienta-se que seis das unidades prisionais não possuem mais de 500 PPL, mas devido a sua especificidade foram contempladas com as equipes multiprofissionais.

Podemos fazer aqui uma análise comparativa: tomando a equipe de saúde do Sistema Prisional e a equipe da Atenção Básica, percebemos pela Portaria 2.488 de 21/10/2011 (BRASIL, 2011) que as equipes da Estratégia de Saúde da Família são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde, podendo somar ainda, odontologistas e auxiliares/técnicos de saúde bucal, e são responsáveis, por no máximo, 4.000 pessoas de uma área adstrita. Por simples comparação, pode-se estimar que a equipe do contexto prisional possui mais profissionais e atende número menor de pessoas. Contudo, ressaltamos que o contexto prisional guarda peculiaridades, como a vulnerabilidade engendrada pela elevada incidência de doenças decorrentes do próprio confinamento e agravadas pelas condições precárias vigentes, mas já vivenciadas anteriormente pelo seletivo grupo social no qual incide o hiper-encarceramento. Soma-se constituir população flutuante e a com dependência ao acesso às ações que são intermediadas por outros segmentos sociais internos e externos à prisão (MINAYO e CONSTANTINO, 2015; SILVA 2015).

Chama atenção no Quadro 3 a PCE, que possui quase duas mil PPL, podendo formalmente lotar até quatro equipes de saúde como previsto no Plano, mas possui uma. Por sua vez, a Penitenciária Feminina, que possui menos de 500 PPL conta com equipe completa com sete técnicos de enfermagem, cinco médicos (três ginecologistas, um clínico geral e um ortopedista), dois odontólogos, uma enfermeira, uma farmacêutica, uma psicóloga e uma assistente social (CAMPOS, 2017). Contrasta o número de médicos, de modo geral e na especialidade de ginecologia, com a histórica dificuldade de fixação deste profissional já relatados em contexto análogo que

mereceria estudo mais acurado oportunamente. Se falamos de sistema, as especialidades genéricas não poderiam ser compartilhadas equanimemente? Por que três ginecologistas? Decorreria da força burocrática de aprovados em concurso?

Todas as unidades de saúde contam com espaço físico de atendimento, chamado internamente de “enfermaria”, porém, para as PPL serem atendidas, elas são acompanhadas por Agentes Prisionais mediante agendamento prévio ou demanda espontânea. Por razões internas, não é comum realizar consultas nas celas, exceto o atendimento de distribuição de alguma medicação de uso contínuo ou supervisionado que é feito junto às grades dos raios.

As ações realizadas nas enfermarias mesclam-se como de unidade básica e de Pronto Atendimento, tendo como suporte unidades de referências da Rede-SUS externas e reguladas por agendamento. Das ações de saúde desenvolvidas, Lopes (2014) refere as direcionadas às doenças transmissíveis (Tuberculose e Hanseníase, infecções sexualmente transmissíveis - HIV, Sífilis, Hepatites Virais) e crônicas não transmissíveis (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes), imunização, saúde bucal e saúde mental individualizada, por exemplo. Tais ações estão propostas no PNSSP (2003) que segundo Silva (2015) divide as ações em Atenção Básica, Média Complexidade e Complementares, destacando o que está previsto pela CF/1988 no Artigo 196 referente à *redução do risco de doenças e outros agravos*.

Percebe-se que, com a superlotação das unidades prisionais brasileiras, deve-se estar atento ao *status* imunológico das infecções, principalmente, as Sexualmente Transmissíveis - IST. O confinamento e suas condições expõem as PPL a alto risco de adquirir IST/AIDS

e outras infecções devido à transmissão parenteral e sexual, como compartilhamento de seringas/drogas e sexo desprotegido (nas várias orientações sexuais) que são situações relatadas nessa população (COELHO et al. 2007; STRAZZA et al. 2007; ALBUQUERQUE et al. 2014; MINAYO e CONSTANTINO, 2015).

Considerando as consequências desses agravos é preciso tomá-los como desafios ao desenvolvimento de medidas de prevenção primária, requerendo investimentos em processos educativos, focados tanto na responsabilização da pessoa vivendo com IST/HIV/AIDS quanto para a população em vulnerabilidade à exposição, visando interromper a cadeia de transmissão, o que requer condições e profissionais aptos para as ações de bloqueio e prevenção. No entanto, muito além das responsabilidades individuais, questiona-se o quanto as PPL dispõem e tem condições ambientais e acesso às medidas e dispositivos protetivos.

A implantação das equipes de saúde no contexto prisional foi um tanto quanto controversa, mas contribui na identificação dos determinantes e condicionantes de saúde e mediadores da sua efetivação, a saber: precariedade, superpopulação, violência, iluminação e ventilação naturais insuficientes, falta de proteção contra condições climáticas extremas, higiene pessoal e alimentação inadequada, sedentarismo, falta de acesso à água potável, uso de drogas, serviços médicos limitados entre outros déficits (REIS e KIND, 2014; GOMES et al. 2015). Estes elementos combinados, sobrepostos, amplificados propiciam que as PPL sejam acometidas por alguma moléstia que pode incapacitá-las e/ou levá-las a morte, de modo que dependem de atenção integral e de políticas de intersetorialidade no Sistema Prisional.

Conclusão

Nos dados de Mato Grosso destacamos a dificuldade em encontrar informações oficiais relativas ao Sistema Prisional, e ainda mais sobre questões da saúde, em domínios públicos o que pode ser justificado pela burocracia e por questões de segurança, mas relatórios anuais de 2014 em diante não foram encontrados, fato importante para garantir a transparência administrativa. Por vezes, os dados disponibilizados possuíam certa discrepância, porém foi possível identificar a existência de ações e que podem ser aprofundadas em estudos futuros.

Se há déficits quanto à estrutura e às vagas disponíveis e ocupadas no Sistema Prisional (não exclusivo à realidade matogrossense), não devemos nos apressar concluir ser necessário construir presídios, pois esta questão é problemática diante da crítica atual do hiper-encarceramento e de seu caráter (não só atual, mas histórico) seletivo no Brasil (RIBEIRO-JUNIOR e LEMOS, 2017; MELO, 2017). Tal pensamento está prenhe de ingenuidade e alimenta ideologias sustentadas em medidas austeras de controle das consequências das desigualdades históricas brasileiras que o aprisionamento só reproduz e realça, mas cujo enfrentamento não se faz em ações nos limites dos seus muros. Vale lembrar que a população presa não coincide com a população que comete delitos e crimes, pois para o encarceramento operam filtros sócio-econômico-político-racial-cultural importantes e decisivos. Atesta tal fato que presos, cujo perfil destoa do predominante, tornam-se vitrines da ideologia punitiva imparcial do sistema penal brasileiro. Ignora, ainda, que no caso de

a prisão ocorrer para este grupo destoante, tanto a pena quanto as condições de sua execução são diferenciadas e abrandadas (por fiança e defensoria, as quais dependem de capitais econômico e político por quem os acumula, herda, detém e pode mobilizá-lo). Neste contexto, o papel que cumpririam os serviços de saúde mereceria estudo específico.

Os aparatos legais – LEP, PNSSP e PNAISP – são os principais documentos voltados para as PPL e, primordialmente, para o direito da saúde. O PNSSP e a PNAISP são políticas públicas avançadas na garantia do direito à saúde, porém sua implementação parece ainda incipiente, contrastando o que reza a letra formal da lei e os distanciamentos na prática efetiva. Este estudo enfocou os aparatos que dão diretrizes gerais, mas há possíveis desdobramentos específicos que mereceriam investigação, como por exemplo, aqueles sensíveis às condições: mentais, de gênero (mulheres, população LGBTI), de idade, de deficiências, ou seja, diante da diversidade que constitui a existência humana e seus marcadores sociais.

Sobre a saúde das PPL, concordamos com Silva (2015) para quem faz-se necessário compreender se estas pessoas ao ingressarem no Sistema já possuíam acesso à atenção; se adentrou com doenças, agravos e algum tipo de transtorno ou se adquiriu no período privativo. Reitera-se, assim, para a necessidade de ampliarmos a nossa compreensão do Sistema Prisional em que encarceramento e a atenção à saúde devem ser tomados como práticas sociais e, como tal, não dissociadas das demais práticas sociais vigentes em dado contexto atual e histórico.

Referências

BARSAGLINI, R.A; KEHRIG, R.T; ARRUDA, M.B. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 24, n. 4, p: 1119-1136, 2015.

BARSAGLINI, R.A. *Saúde penitenciária: experiência de profissionais atuantes na atenção em unidades prisionais localizadas em Cuiabá/MT e na gestão das ações no nível central.* Relatório de pesquisa. 2016. Disponível em <http://www.sejudh.mt.gov.br/documents/412021/3721466/RELAT%C3%93RIO+DE+PESQUISA+-+da+Coord.+Prof%C2%AA+Reni+Barsaglini+UFMT.pdf/d9de6f1f-1414-4c7c-a464-3eb0757d464c>. Acesso em: 28 maio 2018

BRASIL, Lei 7.210, de 11 de junho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União.* 13 jul 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm
Acesso em: 30 out. 2017.

_____, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 set 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____, Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 31 dez 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 22 nov. 2017.

_____, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. *Diário Oficial União* nº 64, de 4 de abr de 2002, Seção 1, página 40. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/sistemaprisional/leis/2003Portaria1777.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 17 jan. 2018.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014a. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União* nº 2, de 3 de jan 2014. Seção 1, pág. 18. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 21 jan. 2018.

_____, Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014b. Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP). *Diário Oficial da União*. 2014. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3258337/mod_resource/content/1/Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20Portaria%20482.pdf. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____, *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Atualização* - Junho de 2016. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. 2017.

_____, Decreto 9.360, de 7 de maio de 2018. Aprova as Estruturas Regimentais e os Quadros Demonstrativos dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Justiça e do Ministério Extraordinário da Segurança Pública, remaneja cargos em comissão e funções de confiança e transforma cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS. *Diário Oficial da União*. Edição extra. 2018.

CAMPOS, K.B. *Pedir é paz: experiência de adoecimento de mulheres com “pressão alta” privadas de liberdade*. [Dissertação]. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Mato Grosso. 2017.

COELHO, H.C; PERDONÁ, G.C; NEVES, F.R; PASSOS, A.D.C. HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. *Cad Saude Publica*, v. 23, n. 9, p:2197-2204, 2007.

FERNANDES, L.H; ALVARENGA, C.W; SANTOS, L.L; PAZIN FILHO, A. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev. Saúde Pública*. v. 48, n. 2, p: 275-283, 2014.

FLEURY, S; OUVENEY, A.M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro - R. J. Fiocruz, p: 23 – 64, 2008.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; GOMES, R, (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 30ª ed. Petrópolis: Vozes; p:79-108, 2011.

GOMES, N.S; KÖLLING, G; BALBINOT, R.A.A. Violações de direitos humanos no presídio do Roger, no estado da Paraíba. *R. Dir. Sanit.*, São Paulo, v. 16, n. 1, p: 39-58, 2015.
KRIPKA, R.M.L; SCHELLER, M; BONOTTO, D.L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. In: *Atas CIAIQ2015*, v. 02. 2015.

LOPES, V.A. *Experiência de profissionais de saúde em unidade prisionais em Cuiabá/MT*. [Dissertação]. Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Mato Grosso, 2014.

MATO GROSSO, Lei Complementar nº 413, de 20 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a criação, reestruturação e extinção de órgãos, dá nova redação a dispositivos das Leis Complementares nº 14, de 16 de janeiro de 1992, nº 88, de 13 julho de 2001, nº 230, de 14 de dezembro de 2005 e nº 264, de 28 de dezembro de 2006, que tratam da organização administrativa e do funcionamento da Administração Estadual, e dá outras providências. *Diário Oficial*. 2010. Disponível em: <<http://app1.sefaz.mt.gov.br/Sistema/Legislacao/legfinan.nsf/5edf9c5193c58088032567580038916b/851b9a26e831a-2c28425780100427ef8?OpenDocument>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

_____. *Relatório de Gestão de Saúde do Sistema Penitenciário de Mato Grosso – 2013*. Secretaria de Justiça e Direitos Humanos. 2013. Disponível em: [http://www.sejudh.mt.gov.br/documents/412021/3721466/RELATORIO+DE+GESTO+2013+\(finalizado\).pdf/0ba556b3-817e-452b-826f-8e054ef8be04](http://www.sejudh.mt.gov.br/documents/412021/3721466/RELATORIO+DE+GESTO+2013+(finalizado).pdf/0ba556b3-817e-452b-826f-8e054ef8be04). Acesso em: 15 dez. 2017.

_____. Decreto nº 702, de 22/9/2016. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos – SEJUDH, a distribuição de cargos em comissão e funções de confiança. *IOMAT*. 2016. Disponível em: <http://www.gestao.mt.gov.br/sdo/decretos/Decreton702de22.09.16-SEJUDH.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2018.

_____. Decreto nº 1.018, de 24 de maio de 2017. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos - SEJUDH. *IOMAT*. 2017. Disponível em: <http://www.mt.gov.br/documents/412021/2755896/REGIMENTO+INTERNO+ATUALIZADO.pdf/6679054d-b1be-42b1-bd40-9ea7482e4627>. Acesso em: 21 fev. 2018.

MELO, M.M.A. Audiência de Custódia e Direitos Humanos: Construindo Alternativas à Cultura do Encarceramento no Brasil. In: 3º Seminário Internacional de Pesquisa em Prisões, *Anais impresso*. 3ª ed, ANDHEP, Recife – Pernambuco, 2017.

MINAYO, M.C.S; CONSTANTINO, P. *Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

PADILHA, W.S. *Capacitação em saúde no Sistema Prisional: instituição legal e percepções de gestores e profissionais de saúde atuantes em Mato Grosso*. [Dissertação]. Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Mato Grosso. 2018.

PEIXOTO, P.A. *Manual de Formação em Arquivos Administrativos*. s/d. Disponível em: http://www.cmvilareal.pt/arquivo/images/documentos/man_form_arq_admin.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

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

RIBEIRO-JÚNIOR, H; LEMOS, C. O discurso da impunidade e o hiper-encarceramento: a atuação do poder judiciário capixaba na manutenção de prisões processuais In: 3º Seminário Internacional de Pesquisa em Prisões, *Anais impresso*. 3º ed, ANDHEP, Recife/PE, 2017.

SÁ-SILVA, J.R; ALMEIDA, C.D, GUINDANI, J.P. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev. Bras. De História E Ciência Sociais*. n. 1., p: 1-15, 2009.

SECCHI, L. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, M. *Saúde Penitenciária no Brasil: plano e política*. Brasília: Verbena, 2015.

SILVA, M.B.B. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 7, p: 2021-2030, 2016.

STRAZZA, L; MASSAD, E; AZEVEDO, R.S; CARVALHO, H.B. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Pública*, v. 23, n. 1, p:197- 205, 2007.