

**MARIANA ALENCAR SALES**

**Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: o desenvolvimento da política e os reflexos no déficit de acesso aos serviços de saúde**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - FAFICH  
AGOSTO/2013**

**MARIANA ALENCAR SALES**

**Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: o desenvolvimento da política e os reflexos no déficit de acesso aos serviços de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Política da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de mestre em Ciência Política.

Orientador: Prof. Dr. José Ângelo Machado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – FAFICH  
AGOSTO/2013

**MARIANA ALENCAR SALES**

**Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: o desenvolvimento da política e os reflexos no déficit de acesso aos serviços de saúde**

Dissertação defendida e aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ como requisito para a obtenção do título de mestre em Ciência Política pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. José Ângelo Machado (orientador)  
UFMG/FAFICH/DCP

---

Profa. Dra. Telma Maria Gonçalves Menicucci  
UFMG/FAFICH/DCP

---

Profa. Dra. Elza Machado de Melo  
Faculdade de Medicina- UFMG

## AGRADECIMENTOS

À minha família, pai, mãe e Clarissa, pela confiança e pela paciência necessária pra me aguentar e me ajudar a segurar o tranco dessa maratona. Só muito amor explica!

Ao Flávio pelo companheirismo, pelo apoio, pelo amor; por, às vezes, até mais que eu, ter a certeza que iria dar tudo certo.

Aos amigos, antigos, de quem acabei me afastando nestes tempos – tô de volta! E aos que se fizeram nesse processo, em especial à Yza e à Ísis, vocês foram a alegria e o colo imprescindíveis. A todos os colegas da turma, pelas discussões e contribuições que ofereceram a este trabalho.

Aos professores, por todo aprendizado. Agradeço especialmente ao professor José Ângelo Machado, pela acolhida e pelo exemplo de competência e humildade.

A todos/as os/as entrevistados/as e participantes diretos e indiretos desta pesquisa, pela disponibilidade e gentileza em disponibilizar os materiais e informações, sem a contribuição de vocês este trabalho não seria possível.

Aos colegas de trabalho, Aléxia, Naíla, Olga, Luís, Luciana, Marielle, Vivi, aprendemos juntos sobre esse desafio de promover acesso à saúde aos privados de liberdade.

*“Tempo virá.  
Uma vacina preventiva de erros e violência se fará.  
As prisões se transformarão em escolas e oficinas.  
E os homens imunizados contra o crime, cidadãos de um  
novo mundo, contarão às crianças do futuro estórias de  
prisões, celas, altos muros de um tempo superado.”*  
(Cora Coralina)

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>9</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>10</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>11</b>
<b>LISTA DE ENTREVISTADOS</b> .....	<b>13</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>16</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>17</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>1. O CONTEXTO DA SAÚDE PRISIONAL NO BRASIL</b> .....	<b>20</b>
1.1. A ATENÇÃO À SAÚDE SEGUNDO OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.....	21
1.2. AS PRISÕES E A POPULAÇÃO CARCERÁRIA NO BRASIL.....	25
1.2.1. <i>O desenho institucional do Sistema de Justiça Criminal Brasileiro</i> .....	35
1.3. O DIREITO A SAÚDE DO PRESO: MARCO LEGAL.....	41
1.4. PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.....	43
1.4.1. <i>O déficit no exercício do direito à saúde pela população prisional brasileira</i> .....	49
1.5. O PROBLEMA DE PESQUISA.....	54
<b>2. ABORDAGENS TEÓRICAS DA ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA PERSPECTIVA DA CIÊNCIA POLÍTICA</b> .....	<b>56</b>
2.1. A ABORDAGEM DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	57
2.2. ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE A FORMAÇÃO DE AGENDA, DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	58
2.2.1. <i>A Formação da Agenda Governamental</i> .....	58
2.2.2. <i>Desenho de Políticas Públicas</i> .....	62
2.2.3. <i>Implementação de Políticas Públicas</i> .....	64
2.3. ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOB A ÓTICA DA DEMOCRACIA.....	67
2.3.1. <i>O Processo Degenerativo de Políticas Públicas</i> .....	72
2.3.2. <i>Elementos constitutivos das políticas públicas voltadas à população desviante</i> .....	75
2.4. DELIMITAÇÕES ANALÍTICAS DA PESQUISA.....	81
<b>3. DA AGENDA À IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO: TRÊS CASOS</b> .....	<b>83</b>
3.1. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	83
3.2. FORMAÇÃO DA AGENDA E CRIAÇÃO DO PNSSP.....	86
3.3. IMPLEMENTAÇÃO DO PNSSP: AS EXPERIÊNCIAS ESTADUAIS.....	94
3.3.1. <i>Minas Gerais</i> .....	95
3.3.2. <i>Rio Grande do Sul</i> .....	109
3.3.3. <i>Mato Grosso do Sul</i> .....	119
<b>4. DESVENDANDO AS FASES DO PNSSP</b> .....	<b>128</b>
4.1. AGENDA GOVERNAMENTAL.....	129
4.1.1. <i>A formação da agenda nacional</i> .....	129
4.1.2. <i>A formação das agendas subnacionais</i> .....	136
4.2. O DESENHO DA POLÍTICA.....	137
4.3. IMPLEMENTAÇÃO.....	140

4.3.1. <i>Financiamento e controle social</i> .....	141
4.3.2. <i>Relações Intergovernamentais</i> .....	144
4.3.3. <i>A questão dos valores na articulação entre o trabalho da saúde e da execução penal</i> .....	148
4.4. O PÚBLICO ALVO E O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA .....	152
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>157</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>168</b>
ANEXO 1 - ROTEIROS DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS.....	168
ANEXO 2 - SISTEMATIZAÇÃO DA BUSCA PELO TEMA DA SAÚDE PRISIONAL NOS RELATÓRIOS DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E MINORIAS DA CÂMARA DOS DEPUTADOS, NO PERÍODO DE 1999 A 2012. .....	176
ANEXO 3 - SISTEMATIZAÇÃO DA BUSCA PELO TEMA DA SAÚDE PRISIONAL NOS RELATÓRIOS DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS, NO PERÍODO DE 2003 A 2012.	188
ANEXO 4 - LISTA DE UNIDADES PRISIONAIS VISITADAS.....	190

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DADOS CONSOLIDADOS DA POPULAÇÃO PRESA CUSTODIADA NO SISTEMA PENITENCIÁRIO E NAS SECRETARIAS DE SEGURANÇA PÚBLICA, BRASIL (2003-2009).....	29
GRÁFICO 2 - TIPIFICAÇÃO DOS CRIMES REALIZADOS PELA POPULAÇÃO PRESA NO BRASIL, ANO 2011. ....	32
GRÁFICO 3 – MONTANTE DE TRANSFERÊNCIAS REALIZADAS PELO GOVERNO FEDERAL, REFERENTE AO INCENTIVO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, NO PERÍODO DE 2004 A 2012. ....	53

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ESTRUTURA INSTITUCIONAL DO SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL BRASILEIRO .....	40
QUADRO 2 - CARACTERÍSTICAS COMUNS DO PROCESSO DEGENERATIVO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO QUE SE REFERE ÀS ESCOLHAS DO PÚBLICO ALVO (SCHNEIDER & INGRAN, 1997).....	78
QUADRO 3 - FERRAMENTAS, REGRAS, JUSTIFICATIVAS PARA OS DIFERENTES TIPOS DE PÚBLICO ALVO NO PROCESSO DEGENERATIVO DE POLÍTICAS PÚBLICAS (SCHNEIDER & INGRAN, 1997).....	79
QUADRO 4 - MENSAGENS, ORIENTAÇÃO DOS CIDADÃOS E PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DEGENERATIVO DE POLÍTICAS PÚBLICAS (SCHNEIDER & INGRAN, 1997). .....	80
QUADRO 5 - INCENTIVOS ESTADUAL E FEDERAL REPASSADOS AOS MUNICÍPIOS GAÚCHOS SEDE DE UNIDADES PENAIS, POR EQUIPE PRISIONAL IMPLANTADA, ANO 2011. ....	114
QUADRO 6 - CONJUNTO DE VALORES BASILARES QUE TEM ORIENTADO O TRABALHO NO CONTEXTO DA SAÚDE E DA EXECUÇÃO PENAL.....	151
QUADRO 7 - ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PNSSP, A PARTIR DO MODELO ANALÍTICO DE SCHNEIDER & INGRAM (1997).....	153

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - MODELO ANALÍTICO DO PROCESSO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PROPOSTO POR SCHNEIDER & INGRAM. ...	70
FIGURA 2 - RECURSOS DE PODER POLÍTICO E CONSTRUÇÃO SOCIAL DE GRUPOS POPULACIONAIS CARACTERIZADAS POR UM POLÍTICO ELEITO HIPOTETICAMENTE, NO CONTEXTO DA SOCIEDADE NORTE-AMERICANA. ....	73
FIGURA 3 - MODELO ANALÍTICO DO PROCESSO DEGENERATIVO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PROPOSTO POR SCHNEIDER & INGRAM .....	75
FIGURA 4 - O DESENVOLVIMENTO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO SOB A ÓTICA DO MODELO DE SCHNEIDER & INGRAM. ....	155

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES DE ATENÇÃO A SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, BRASIL 2011.....	50
TABELA 2 - COBERTURA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO A SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO POR ESTADO HABILITADO AO PNSSP, BRASIL 2011. ....	51
TABELA 3 - EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO PRISIONAL DE MINAS GERAIS NO PERÍODO DE 2004 A 2012. ....	96
TABELA 4 - INCENTIVO PARA ATENÇÃO A SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO – MG (PERÍODO AGOSTO 2003 A ABRIL 2010).....	103
TABELA 5 - COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE PRISIONAL POR MUNICÍPIOS HABILITADOS AO POE-PRISIONAL – RS, 2012.....	117
TABELA 6 - RECEITAS E DESPESAS DOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL HABILITADOS AO POE PRISIONAL- RS, RELATIVOS AO COMPONENTE DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, ANO 2012. ....	118
TABELA 7 - RECEITAS E DESPESAS DOS MUNICÍPIOS DO MATO GROSSO DO SUL HABILITADOS AO POE PRISIONAL MS, RELATIVOS AO COMPONENTE DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, ANO 2012.....	125

## LISTA DE SIGLAS

AGEPEN	Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CP	Conselho Penitenciário
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPEN	Equipe de Atenção a Saúde no Sistema Penitenciário
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FHEMIG	Fundação Hospitalar de Minas Gerais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LEP	Lei de Execução Penal

MPE	Ministério Público Estadual
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PCMG	Polícia Civil de Minas Gerais
PNDH	Plano Nacional de Direitos Humanos
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
POE	Plano Operativo Estadual
PPI	Programação Pactuada Integrada
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SDC	Secretaria dos Direitos da Cidadania
SEDS	Secretaria de Estado de Defesa Social
SEJUSP	Secretaria de Justiça e Segurança Pública
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNDH	Secretaria Nacional de Direitos Humanos
SPT	Subcomitê de Prevenção à Tortura
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAPI/SEDS	Subsecretaria de Administração Prisional da Secretaria de Estado de Defesa Social
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
SUSEPE	Superintendência dos Serviços Penitenciários

## LISTA DE ENTREVISTADOS

Ana Cristina de Alencar Bezerra	Ex-coordenadora Geral de Reintegração Social e Ensino do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça
Ângelo Roncalli de Ramos Barros	Ex-secretário de Justiça do Espírito Santo; Ex-Diretor do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e Ex-Diretor-Executivo da Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso do Distrito Federal.
Christiane Nunes de Freitas	Coordenadora da Rede de Atenção Primária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
Fabiana Fernandes da Silva	Coordenadora Adjunta da Diretoria de Saúde e Psicossocial - Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais
Fábio Domingos	Ref. Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário e Socioeducativo da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves – MG
Fernando Oliveira	Representante do Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul (representante do setor dos trabalhadores)
Flávia Goulart Franco	Coordenadora da Área Técnica de Saúde Prisional da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
Ivarlete Guimarães França	Diretora do Departamento de Tratamento Penal da Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul
João Batista Nóia	Representante do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves - MG (Membro da Mesa Diretora)
Jobert Gabriel Souza	Coordenador da Diretoria de Saúde e Psicossocial - Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais
José do Carmo Fonseca	Representante do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (representante do Sindicato dos Hospitais de Minas Gerais)

José Magno Macedo	Gerente de Saúde do Sistema Penitenciário, UNEIS e Homem Encarcerado da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul
Jucinéia Morais Lago	Secretária Municipal de Saúde de Rio Brilhante – MS
Lino Afonso Barbosa	Representante do Conselho Municipal de Saúde de Rio Brilhante - MS (representante do setor dos trabalhadores)
Marco Antônio Torres	Representante do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (representante do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais)
Marden Marques Soares Filho	Coordenador da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde
Maria Cristina Fernandes Ferreira	Ex-coordenadora da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde
Maria de Lourdes Delgado Alves	Coordenadora da Divisão de Saúde da Agencia Estadual de Administração do Sistema Penitenciário do Mato Grosso do Sul
Maria Tereza da Costa Oliveira	Ex-coordenadora de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
Mário Ângelo Silva	Professor Associado da Universidade de Brasília, participante do processo de formulação do PNSSP.
Naíla Augusta Anacleto	Coordenadora de Saúde da Pessoa Privada de Liberdade - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Natália Nascimento Rodrigues	Diretora Geral do Complexo Penitenciário Feminino Estevão Pinto. Ex-diretora de Saúde e Psicossocial da Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais
Railander Quintão de Figueiredo	Coordenador de Apoio à Assistência Jurídica, Social e à Saúde do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça
Renata Maria Dotta Panich	Coordenadora de Saúde Prisional da Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul

Scheila Márcia

Ref. Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário e Socioeducativo da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves – MG.

Victor Eloy

Ref. Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde.

## RESUMO

O direito à assistência em saúde à população prisional foi instituído no Brasil a partir da Lei de Execução Penal, sendo reafirmado constitucionalmente mediante a institucionalização do direito universal à saúde. Assim, considerando o desafio de promover acesso da população prisional às ações e serviços de saúde do SUS, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Este trabalho tem como objetivo analisar o PNSSP, buscando lançar luz aos fatores envolvidos na existência do déficit de acesso desta população aos serviços de saúde do SUS. A metodologia da pesquisa baseou-se no estudo de casos, nos quais foram estudadas as experiências de implantação dos Planos Operativos Estaduais de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul, valendo-se para tanto da investigação documental e realização de entrevistas com técnicos e gestores estaduais e municipais, bem como representantes de conselhos de saúde. Como base analítica foi utilizada a literatura que trata da formação da agenda governamental, desenho e implementação de políticas públicas, com especial atenção às contribuições de Schneider e Ingram (1997). Como principais resultados do estudo pode-se citar a existência de fortes indícios de que política de saúde prisional surge em âmbito nacional a partir do problema das violações de direitos humanos e da pressão sofrida pela burocracia estatal em oferecer respostas a este problema. O tema da saúde prisional não tem conseguido aglutinar interesses e atores políticos, o que acaba por dificultar o reconhecimento dos problemas envolvidos neste contexto. O desenho da política não foi capaz de oferecer respostas às necessidades de articulação intersetorial e intergovernamental e, por outro lado, o governo federal vem apresentando baixa capacidade de coordenação da política no decorrer da sua implementação. Todavia, em última instância, a instituição do PNSSP é compreendida como um avanço no que se refere à reafirmação do direito à saúde da população prisional e da responsabilidade estatal em garantir meios para seu exercício.

**Palavras-chave:** saúde, sistema prisional, políticas públicas.

## **ABSTRACT**

The right to health care for the prison population has been established in Brazil from the Criminal Sentencing Act, and reaffirmed constitutionally through the institutionalization of the universal right to health. Thus, considering the challenge of promoting access of the prison population to the actions and health services SUS was created the National Health Plan in Prisons (PNSSP). This paper aims to analyze the PNSSP order to investigate the factors involved in the existence of deficit in this population to access health services in the SUS. The research methodology was based on the case study, in which we studied the implementation experiences of Operational Plans State Prison Health of Minas Gerais, Rio Grande do Sul and Mato Grosso do Sul, using for both desk research and interviews with staff and managers state and municipal governments as well as representatives of health advice. It was used as the basis analytical the literature dealing with the formation of the government agenda, design and implementation of public policies, with special attention to the contributions of Schneider and Ingram (1997). The main results of the study can cite the existence of strong evidence that health policy at the national penitentiary arose from the issue of human rights violations and pressure suffered by the state bureaucracy to provide answers to this problem. The theme of the prison health care has failed to unite interests and political actors, which makes difficult the recognition of the problems involved in this context. The design of the policy was not able to provide answers to the needs of intergovernmental and intersectoral coordination and, on the other hand, the federal government has shown a low capacity for policy coordination in the course of its implementation. However, ultimately, the institution of PNSSP is understood as a breakthrough regarding the reassertion of the right to health of the prison population and the state responsibility to ensure means for its exercise.

**Keywords:** health, prisons, public policy

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação trata da saúde prisional no Brasil, tema este que tem despertado pouco interesse tanto dos estudiosos do sistema prisional quanto pesquisadores da saúde pública e das políticas sociais de forma geral, o que por sua vez reflete no universo ainda bastante restrito de reflexões e produções teóricas.

O direito à saúde é previsto para a população presa desde o início da década de 80, a partir da Lei de Execuções Penais, ou seja, antes mesmo da instituição da universalização do mesmo, o Estado brasileiro já era responsável por promover a assistência em saúde a esta população. Apesar disto, o exercício deste direito veio se mostrando ainda bastante deficiente, o que contribuiu para que em 2003 surgisse o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP).

O PNSSP foi elaborado entre os Ministérios da Justiça e da Saúde com o intuito de promover o acesso da população prisional às ações e serviços de saúde previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nele é previsto, dentre outras coisas, a implantação de equipes de saúde no interior das unidades prisionais voltadas para a realização da atenção primária, bem como o estabelecimento de fluxos assistenciais para os demais níveis de atenção da rede de saúde, de modo a garantir a integralidade da atenção ao preso. Para tal, o plano pressupõe o estabelecimento de articulação intersetorial, entre os órgãos da saúde e execução penal, bem como entre governos estaduais e municipais para a definição de responsabilidades e elaboração dos planos operativos estaduais que orientarão a organização da rede de atenção à saúde prisional em cada estado.

Apesar dos esforços despendidos para implementação do PNSSP no país ao longo dos dez últimos anos, dados oficiais apontam para a manutenção do déficit de acesso desta população aos serviços de saúde, no qual, ao final de 2011, somente 28% do total da população presa se encontrava potencialmente coberta pelas equipes previstas pelo plano. Desse modo, diante do pressuposto da ineficiência da referida política, este estudo tem o objetivo contribuir para elucidação dos elementos políticos que têm colaborado para a manutenção déficit no exercício do direito à saúde pela população prisional brasileira. Para tanto, buscaremos estudar todas as fases do PNSSP, tentando desvendar o processo de formação da agenda, elaboração do desenho e implementação da política, e identificar os fatores que possam explicar a realidade posta.

O trabalho se estrutura em quatro sessões. Primeiramente tratamos do contexto da saúde prisional no Brasil. Entendendo-a como fruto da interseção de dois grandes temas, saúde e execução penal, buscamos apresentar os aspectos sociais, políticos e institucionais que envolvem as duas áreas, de modo a oferecer ao leitor uma melhor compreensão do cenário no qual o problema de pesquisa se insere. Em seguida, mobilizamos o marco teórico que trata da análise de políticas públicas, abordando as principais contribuições para análise das diversas fases do ciclo de políticas, com especial atenção à abordagem apresentada por Anne Schneider e Hellen Ingram (1997). Tal ênfase justifica-se pela importância atribuída pelas autoras ao público alvo na análise do processo da política, em especial às características conferidas às políticas voltadas à população *desviante*. No capítulo 3 apresentamos os procedimentos metodológicos empregados na pesquisa e a descrição dos achados nos estudos dos casos empíricos. No quarto e último capítulo, a partir dos achados empíricos e dos pressupostos encontrados na literatura, buscamos desvendar as fases do PNSSP, através da análise e sistematização dos elementos que envolveram a formação da agenda, definição do desenho e implementação do plano. Por fim, nas considerações finais apresentamos os principais apontamentos trazidos por esse estudo, sem deixar de ressaltar os avanços que a institucionalização do PNSSP representa para a garantia da saúde para a população prisional.

## **1. O Contexto da Saúde Prisional no Brasil**

Este capítulo tem como objetivo apresentar ao leitor o tema ao qual se dedica esta dissertação, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), bem como o problema de pesquisa que se insere neste contexto.

Podemos dizer que o PNSSP está contido em dois marcos regulatórios distintos no cenário das políticas públicas brasileiras, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema de Justiça Criminal, podendo seu surgimento pode ser tratado a partir da interlocução destas duas grandes políticas. Desse modo, com o objetivo de contextualizar o leitor acerca do cenário em que se encontra o objeto de pesquisa, sentimos a necessidade de dedicar atenção inicial a estas macropolíticas, que são entendidas neste trabalho como pano de fundo e arcabouço institucional no qual se surge o PNSSP e pelo qual é influenciado.

Na primeira seção, então, tratamos do contexto da saúde pública no Brasil, onde apresentaremos o desenho institucional do Sistema Único de Saúde, demarcando através da discussão dos princípios e diretrizes os principais avanços alcançados e desafios presentes em sua implantação. Em seguida, abordamos a história das prisões e práticas punitivas, buscando pontuar elementos sociais, econômicos e políticos que estão envolvidos na aplicação da pena de encarceramento no Brasil, apresentando também o atual perfil da população e algumas características institucionais que marcam o sistema penitenciário brasileiro.

A terceira seção, por sua vez, trata do marco regulatório que estabelece o direito à saúde do preso no país, englobando desde as legislações mais abrangentes, que afirmam a defesa aos direitos humanos e a universalidade do direito à saúde até as normas específicas que tratam do direito à saúde prisional. A partir daí apresentamos o histórico do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, buscando expor as modificações ocorrida ao longo dos anos de sua implementação, os dados e avaliações existentes, bem como as perspectivas de reformulação.

Por fim, apropriados do cenário, apresentamos o problema de pesquisa que guiou os trabalhos desenvolvidos nesta dissertação e que serviu de fio condutor para o desenvolvimento dos próximos capítulos; qual seja, a investigação dos fatores envolvidos na manutenção do déficit de acesso à saúde da população prisional brasileira às ações e serviços de saúde do SUS, a despeito da existência do PNSSP.

## 1.1. A Atenção à Saúde segundo os Princípios e Diretrizes do SUS

O caminho percorrido pela política de saúde no Brasil guarda relação com a ampliação do sistema de seguridade e proteção social aos setores populares. O contexto de transição democrática vivenciado no Brasil, na década de 80, possibilitou a aliança de uma ampla rede composta por profissionais de saúde, membros da academia, movimento popular, dentre outros setores de interesses afins, que constituíram o Movimento Nacional pela Reforma Sanitária em um movimento de caráter suprapartidário, com foco de intervenção voltado para a transformação do modelo de assistência à saúde vigente no país.

Baseado numa concepção de saúde ampliada<sup>1</sup>, o Movimento de Reforma Sanitária conseguiu estabelecer um marco na nova ordem constitucional brasileira a partir do reconhecimento da saúde como direito fundamental do ser humano, e como consequência de políticas econômicas e sociais. Assim, o Brasil passou de um contexto em que a ação estatal para assistência em saúde era voltada somente a determinados setores da classe trabalhadora, mediante seguro social, para afirmação da necessidade da atuação do poder público em proteger e assistir à saúde de toda a população, de forma igual, independente de condições trabalhistas, econômicas, sociais, raciais e culturais. Desta maneira, em 1990, a partir da promulgação das Leis 8.080 e 8.142 é estruturado o Sistema Único de Saúde – SUS, um sistema participativo, de atenção universal, igualitária e integral.

O SUS é composto pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”, sendo incluídas as instituições públicas dos três níveis federativos que trabalham com controle de qualidade, pesquisa, produção de insumos, medicamentos, equipamentos para a saúde, sangue e hemoderivados (BRASIL, 1990a).

Desde a implantação do SUS, há evidências abundantes acerca da ampliação do acesso da população brasileira (PIOLA, 2009), que pode ser observado seja a partir da ampliação do número de serviços, mas também pelos esforços na criação de programas e

---

<sup>1</sup> O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) aponta a compreensão de saúde como “*a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Ela é definida e estabelecida no contexto histórico de determinada sociedade, intimamente ligada às formas de organização social. Ao mesmo tempo, condiciona e resulta das formas de dominação e exclusão sociais. O Direito à saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade*”.

estratégias para inclusão de grupos considerados vulneráveis. Nesse sentido podemos citar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria GM nº254 de 31 de janeiro de 2002), o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (Portaria Interministerial MS/MJ nº1777 de 09 de setembro de 2003), o aumento do incentivo Saúde da Família e Saúde Bucal aos municípios com população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos (Portaria GM 1434 de 14 de julho de 2004), a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (Portaria SAS/GM nº647 de 11 de novembro de 2008), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria GM nº992 de 13 de maio de 2009) e a instituição dos consultórios na rua, voltados para atenção primária à população em situação de rua (Portaria GM nº 122 de 25 de janeiro de 2012). Tais iniciativas buscam intervir e avançar no aspecto da equidade e redução das desigualdades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde. Todavia, apesar do avanço que significa para ampliação dos direitos sociais a instituição dos programas e políticas citadas, podemos dizer que a implementação efetiva das mesmas ainda se configura como um dos grandes desafios no alcance do acesso universal e igualitário.

Deste modo, para além da universalidade, que nos diz de uma importante expansão dos direitos sociais e do alargamento da responsabilidade estatal na garantia da provisão deste bem público, a integralidade assume também relevo importante entre os princípios elencados no SUS, uma vez que nos diz do modelo de atenção e de sua dimensão sistêmica. Em outras palavras, este princípio expressa a mudança da perspectiva exclusivamente curativa para uma abordagem que inclui a promoção, prevenção, assistência, reabilitação, em seu âmbito individual e coletivo e também do estabelecimento de ações e serviços nos diferentes níveis assistenciais: atenção primária, secundária e terciária<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> **Atenção primária:** É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, dirigidas a populações de territórios definidos. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde, prestadas no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Utiliza tecnologias de cuidado complexas, com baixa densidade tecnológica, voltadas ao manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2011b)

**Atenção secundária:** É desenvolvida de forma regionalizada, tendo a função de referência para atenção primária, com vistas ao diagnóstico clínico e funcional da população referenciada, com habilitação nas áreas ambulatorial e serviços de apoio diagnóstico. Neste nível de atenção estão compreendidos as seguintes ações e serviços: consultas de médicos especialistas, exames e procedimentos de média complexidade, cirurgias eletivas, serviços de urgência e emergência.

No que se refere ao princípio da integralidade é importante destacar os avanços na reorientação do modelo assistencial a partir da consolidação da estratégia de saúde da família e, conseqüente fortalecimento da atenção primária em saúde (MENICUCCI, 2009; PIOLA, 2009). Certamente estes ainda não foram suficientes para suplantarem a hegemonia do modelo biologicista de saúde e a assistência médico-centrada, para a atuação multiprofissional em saúde e considerações da determinação social da doença, que possibilitaria de fato o desenvolvimento de uma atenção integral.

Além disso, o reconhecimento do usuário enquanto sujeito ativo e atuante no processo de cuidado em saúde é também outro elemento expresso no marco normativo do SUS através da afirmação do direito à informação sobre seu estado de saúde, bem como da autonomia destes na defesa de sua integridade física e moral (BRASIL, 2006).

Outro importante aspecto estrutural do SUS refere-se a sua dimensão democrática, que está relacionada tanto à definição da participação da comunidade como um de seus princípios, quanto ao estabelecimento de instâncias colegiadas de gestão. A instituição dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, nas três esferas governamentais, como órgão fiscalizador e propositivo da política de saúde nos níveis correspondentes (BRASIL, 1990b) inaugura um novo padrão de interação Estado-Sociedade. Mesmo com os desafios relacionados ao processo deliberativo, à representatividade dos diferentes setores, sua capacidade organizativa e do acesso à informações, presentes ainda nos dias atuais, desde já apontava para a necessidade de orientar a atuação estatal para as necessidades sociais.

Em sua organização político-administrativa o SUS é caracterizado pela ênfase na descentralização das ações e serviços ao nível municipal. Fruto da força do movimento municipalista, este princípio reflete as reivindicações por maior autonomia política e responsabilidades aos governos subnacionais, pautado na ideia de que seriam os municípios o espaço em que a cidadania seria de fato exercida, e as políticas sociais concretamente executadas e vivenciadas pelos cidadãos (ARRETCHE, 1999). Além disso, juntam-se aqui as alegações de melhor conhecimento sobre os problemas vivenciados pela população, o que supostamente - devido a melhores informações - teria como consequência melhores condições de intervenção.

---

**Atenção terciária:** É também desenvolvida de forma regionalizada, com maior nível de centralização, atendendo a princípios de economia de escala. Caracteriza-se pelo conjunto de serviços ambulatoriais e hospitalares especializados. Ela é constituída por grandes hospitais gerais e especializados, que possuem alta densidade tecnológica (concentração de equipamentos e recursos técnicos).

Assim, na esfera nacional, o Ministério da Saúde é o órgão de direção do SUS, cabendo-lhe, dentre outras coisas, elaborar o planejamento estratégico, formular as normas, coordenar, avaliar e apoiar tecnicamente e financeiramente a execução das políticas. Na esfera estadual e Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela direção do SUS, devendo, dentre outras atribuições, coordenar a articulação entre municípios para formação das redes assistenciais, oferecer apoio técnico e financeiro aos municípios, acompanhar e avaliar os indicadores de saúde. As Secretarias Municipais de Saúde, por sua vez, são o órgão de direção do SUS no âmbito municipal, responsáveis por gerir e executar as ações e os serviços públicos de saúde.

Com intuito de promover a articulação intergovernamental necessária à descentralização e organização desta complexa rede de serviços, foram instituídas as Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regional<sup>3</sup>, dentro da estrutura institucional do SUS. Estas são, então, instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos nas quais serão definidos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS. As pactuações de cada uma destas instâncias colegiadas são firmadas a partir do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, que contém, portanto,

as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação do desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011a)

Ainda no que se refere às relações intergovernamentais no âmbito o SUS é prevista também a consorciação intermunicipal para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde; modalidade esta que vem se fortalecendo nos últimos anos especialmente entre municípios de pequeno e médio porte.

---

<sup>3</sup> A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é integrada, paritariamente, por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde, CONASS e CONASEMS, respectivamente. Por sua vez, integram a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) os dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado (COSEMS), sendo esta instância de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS, cumprindo papel fundamental no seu processo de descentralização. Por último, a Comissão Intergestores Regional (CIR) é a instância de negociação e decisão administrativas e operacionais no âmbito da organização regional do SUS, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, sendo composta também por representante dos Secretários Municipais de Saúde da região (BRASIL, 2011).

Dessa maneira, podemos observar que a organização do SUS se sustenta a partir da coordenação e cooperação federativa, tendo o governo federal assumido o importante papel de indutor da política, formulando e coordenando o processo de adesão e execução municipal, com a participação dos estados, que exercem também a função normatizadora e coordenadora em sua esfera jurisdicional, somada a possibilidade de controle público em cada esfera de governo.

A experiência de gestão produzida pelo SUS nos últimos anos pode ser apontada entre os avanços no que se refere a implantação da política, considerando a fidelidade aos princípios e diretrizes. Menicucci (2009), num breve ensaio sobre balanços dos 20 anos de implementação da política e perspectivas, classifica o SUS como “exemplo de pacto federativo democrático”, devido ao fato das ações serem pactuadas em instâncias colegiadas de gestão, com a participação das três esferas de governo, e também, dos setores sociais.

## **1.2. As Prisões e a População Carcerária no Brasil**

Ao falar do sistema prisional é importante termos em mente que esta forma de exercício de poder não é atemporal, ao contrário está ligada especialmente ao processo de desenvolvimento da sociedade industrial e consolidação do capitalismo (MELOSSI & PAVARINI, 2006), se configurando como instrumento de punição característico deste modelo societário (RUSCHE & KIRCHHEIMER, 2004 [1939]).

Rusche e Kirchheimer, em seu livro *Punição e Estrutura Social*, trazem uma reflexão acerca da evolução dos métodos punitivos ao longo da história, demonstrando a existência de uma relação simbiótica entre os sistemas de produção, as relações sociais presentes neste e as formas punitivas. Assim, afirmam que, da mesma maneira em que os suplícios e castigos corporais fizeram sentido nos regimes absolutistas, as penas de escravidão só foram possíveis em uma sociedade escravocrata, a prisão com trabalho forçado foi característica do regime de punição mercantil, a história dos sistemas penais está vinculada às relações capital e trabalho, e, portanto, ao processo de acumulação de capital e às demandas da atual ordem econômico-social.

Se a sociedade acredita que a pena pode afastar as pessoas do crime, selecionam-se métodos que tenham algum efeito inibidor em potenciais criminosos (...) este princípio implica que, para combater o crime entre os estratos sociais desprivilegiados, as penalidades precisam ser de tal forma que estes temam uma

piora em seus modos de existência (RUSCHE & KIRCHHEIMER, 2004 [1939]; p.20).

Dessa maneira, além da segregação sócio-espacial, da imposição da privação de liberdade, o método punitivo das prisões alia este elemento às condições de vida no cárcere, que para cumprir a função de inibir, ou prevenir, as condutas criminosas deveriam ser sempre menos favoráveis que as condições de vida das categorias mais baixas dos trabalhadores livres. Esta reflexão possui, todavia, conexão material muito forte com a realidade prisional global, que além da forte incidência sobre setores sociais desprivilegiados, é marcada por condições desumanas de sobrevivência.

Ainda são escassos os estudos historiográficos que se debruçam sobre a realidade das prisões brasileiras, nos quais se concentram leituras das carceragens no Brasil “oitocentista” e experiências regionais, contemplando as especificidades imprimidas pelos governos provinciais e elites locais aos sistemas punitivos da época (MAIA et al., 2009). No entanto estudos apontam que desde o período colonial a pena de prisão já se encontrava presente no campo das práticas punitivas brasileiras, convivendo, todavia, com mecanismos mais “arcaicos” tais como execuções públicas e açoites, à época, muito mais expressivos e centrais dentre as punições implantadas pelas autoridades coloniais (Ibid.). Portanto, é a partir da Independência e da consolidação do Estado-Nação que as prisões vão adquirindo maior relevância no regime punitivo institucional brasileiro e latino americano (AGUIRRE, 2009). A primeira penitenciária brasileira, e também da América Latina, foi a Casa de Correção do Rio de Janeiro, datada de 1850, construída sob forte influência do modelo norte americano das penitenciárias de Auburn e Filadélfia, representantes das modernas tecnologias de controle e vigília social que incorporavam a concepção de reintegração social dos criminosos à sociedade através da introdução disciplinar ao trabalho.

Como aponta alguns autores, contraditoriamente, as prisões ocidentais tiveram importante papel na implantação de regimes liberais democráticos. Sob forte influência iluminista, as reformas penais do final do séc. XVIII trouxeram em sua concepção a independência do sistema jurídico aos governos e a existência de critérios claros e objetivos que além de orientarem a definição das penas, buscava-se impedir possíveis excessos no exercício do poder punitivo, para além do objetivo de se evitar a propagação da prática criminosa da qual se quer evitar (FOUCAULT, 1977). Ou seja, além de buscar um novo direito de punir, constituído sobre bases equitativas, o verdadeiro objetivo da reforma era

estabelecer uma melhor distribuição do poder de castigar/punir, na tentativa de torna-lo “mais regular, mais eficaz, mais constante e mais bem detalhado em seus efeitos” (Ibidem, p.75).

O século XX, por sua vez, foi marcado pela utilização científica dos presos e estabelecimentos prisionais como “laboratórios” para o avanço do conhecimento sobre tecnologias de controle social<sup>4</sup>, que por consequência orientaram a construção, reforma e a realização de pequenas melhorias na segurança e condições de vida no interior de algumas unidades, sem, todavia, representar mudanças significativas nos problemas de superlotação, condições sanitárias precárias, ineficiência e corrupção desde já diagnosticados no sistema prisional brasileiro.

No Brasil, apesar do estatuto da Independência em 1822 e da tentativa dos reformadores liberais em criar um sistema judicial moderno, podemos dizer que o escravismo e a monarquia se constituíram como elementos centrais na definição do lócus do sistema prisional no país. Nossa estrutura social e racial altamente segregativa e estratificada definia, portanto, o objetivo no qual as elites e o poder estatal imprimiam às prisões (AGUIRRE, 2009).

“Os métodos e estatísticas de perseguição policial e detenções em áreas de produção de café e açúcar, por exemplo, refletiam a necessidade de garantir a força de trabalho e controle social sobre as populações negras e escravas livres. As prisões e o castigo foram usados, nesse contexto, fundamentalmente para promover a continuação do trabalho escravo orientado a economia de exportação” (Ibidem, p.49).

As cadeias, portanto, reforçavam e reproduziam a lógica excludente pela qual era marcada a sociedade brasileira, se transformando em uma das peças fundamentais para manutenção da ordem social.

Não se trata apenas do fato de que as penitenciárias fracassaram no cumprimento de suas promessas de tratamento humano e sim que, realmente, foram utilizadas para sustentar uma ordem em que a exclusão política e social de amplos setores da população se converteu em um de seus baluartes (Ibidem, p.44).

De acordo com dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN/MJ), em 1988 a população carcerária brasileira era de 88.041 presos, representando a época uma taxa de encarceramento de 65,2 por 100.000 habitantes. Em 2003 a população prisional brasileira

---

<sup>4</sup> Exemplo: Instituto de Regeneração, fundado em 1914, na penitenciária de São Paulo.

saltou para 308.304 presos, o que representou uma taxa de encarceramento de 182 por 100.000 habitantes. Em dezembro de 2012 o Brasil alcançou o número de 548.003 presos distribuídos nas 1.478 unidades penais, dentre elas 05 penitenciárias federais, e cerca de 1.000 cadeias públicas, localizadas nos 27 estados do país, elevando a taxa de encarceramento para 287,31 por 100.000<sup>5</sup> (INFOPEN, 2012). Importa, ainda, destacar que este aumento populacional se depara com uma estrutura insuficiente, tendo em vista que considerando o Sistema Penitenciário Federal e Estadual, bem como as carceragens policiais, ao final de 2012 o país contou com um total de 310.687 vagas, correspondendo a um déficit de 237.316 vagas (INFOPEN, 2012). Estes dados refletem a opção da política criminal no Brasil pelo encarceramento em massa enquanto importante forma de controle social<sup>6</sup>. Inserido no percurso liberal percorrido em praticamente todo o ocidente capitalista, o Brasil tem sustentado o 4º lugar no ranking de taxa de encarceramento mundial, fenômeno este que segue atingindo em especial as classes populares.

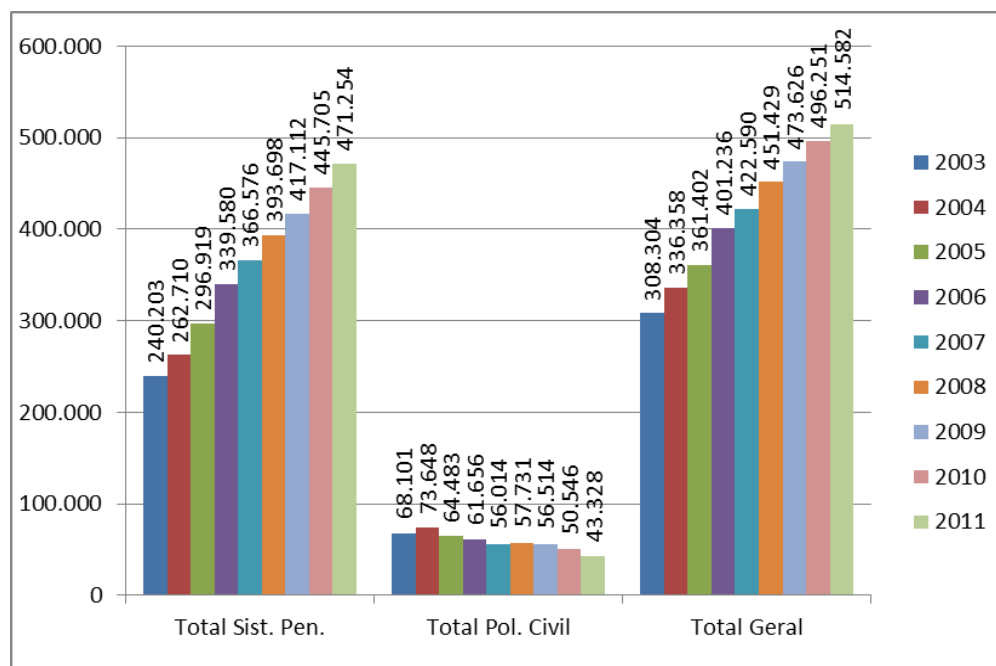
Existem, todavia, diversas justificativas oferecidas para explicar este aumento exponencial da população prisional brasileira. A primeira, e a mais frágil de todas elas, se refere ao processo de reestruturação da segurança pública no país, no qual através das iniciativas de integração das organizações policiais, muitos estados passaram - e ainda estão passando - pelo processo de migração da população das cadeias públicas sob a jurisdição da Polícia Civil para administração penitenciária, o que administrativamente faria com que aumentasse a população inserida no sistema de execução penal. Entretanto, se analisarmos os dados oficiais do Ministério da Justiça, reproduzidos abaixo (Gráfico 01), em relação ao acompanhamento da população prisional brasileira, é flagrante que o aumento da população que se encontra no sistema penitenciário nem de longe corresponde a uma redução da população presa que se encontra nas unidades policiais.

---

<sup>5</sup> Dados oficiais do Departamento Penitenciário Nacional/MJ, disponibilizado em <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRIE.htm>>

<sup>6</sup> Em nota pública que trata sobre o encarceramento em massa, a Pastoral Carcerária trata especialmente da realidade de São Paulo, onde em 2012 contabilizou um aumento de cerca de 3mil pessoas por mês no sistema prisional do estado. São Paulo é o estado com maior número de presos do país, detendo aproximadamente cerca de 1/3 da população prisional brasileira. Segundo os dados da entidade o estado alcançou o patamar de 450 presos por 100 mil habitantes, sendo o nono estado que mais encarcera no mundo!

Gráfico 1 - Dados consolidados da população presa custodiada no Sistema Penitenciário e nas Secretarias de Segurança Pública, Brasil (2003-2009)



Fonte: Dados Consolidados – INFOPEN/DEPEN/MJ, 2008.

Seguindo, podemos falar da constatação do aumento da taxa de criminalidade no Brasil, e também dos índices de violência, que refletiriam em um aumento da população presa. Este fato todavia deve ser analisado conjuntamente ao recrudescimento do aparato jurídico criminal brasileiro ao longo das últimas décadas. Podemos evidenciar isto através dos exemplos da promulgação da Lei 8.072/1990 que prevê o combate aos “crimes hediondos”<sup>7</sup>, da Lei nº 10.792/2003 que criou o Regime Disciplinar Diferenciado<sup>8</sup> e da nova Lei de Tráfico,

<sup>7</sup> Esta lei, além de ampliar a tipificação de “crimes hediondos” para diversos crimes, prevê também o aumento substancial dos limites mínimos e máximos da pena, maior rigor ao processo penal, tendo em vista a não concessão de benefícios (liberdade provisória, por exemplo) durante o tempo em que o indivíduo aguardará o julgamento, e dificuldades para a progressão de regime (FONSECA, 2012). Consequentemente esta lei refletiu em um considerável aumento do tempo de prisão, em regime fechado, daqueles que cometeram os crimes ali regulamentados, considerando que esta se inicia antes mesmo do julgamento do indivíduo, e suas condições acabam agravadas quando considerado a celeridade da justiça brasileira em finalizar os processos existentes.

<sup>8</sup> Neste regime, pode ser imposto pelas autoridades penitenciárias, sempre que o preso for considerado um risco para o estabelecimento em que cumpre pena, ou para a sociedade como um todo, ou ainda se o preso tiver qualquer indício de participação no crime organizado. Nele, durante 1 ano, o preso será mantido em cela individual, tendo direito a apenas 2 horas de banho de sol diárias, duas horas de visita semanal, de não mais que dois adultos, sob intensa vigilância.

que além de proporcionar um aumento considerável de presos provisórios<sup>9</sup> promoverem recrudescimento na execução das penas de determinados crimes (FONSECA, 2012).

Essa nova estrutura legal claramente exprime a conjugação de uma perspectiva simbólica e instrumental, produzindo um agudo aumento no número de prisioneiros no país. A manutenção de perfis de alto risco em períodos longos de aprisionamento busca proteger os interesses da comunidade funcionando como outra técnica de gerência do risco. Esse tratamento austero a infratores, no entanto, também se dirige aos sentimentos públicos em relação ao crime por meio de uma representação simbólica de justiça *expressiva* (FONSECA, 2012; p. 322, grifo do autor).

É mister destacar o importante papel que a mídia tem apresentado neste processo, desde o começo dos anos 90, através da exibição sistemática de crimes violentos, alimentando rotineiramente o medo social, fortalecendo a comoção popular e a sua ânsia por medidas mais severas de punição. Como resultado, percebemos o aumento da pressão política aos governos que se veem cada vez mais provocados a implementar respostas rápidas e mais severas no campo do controle do crime. Assim, frente a alardes midiáticos e a tragédias pontuais, o poder público tem enfrentado o problema da segurança nos últimos 20 anos sob a lógica do gerenciamento de crises, através de ações fragmentadas, de caráter reativo, que, por estas características, acabam não alcançando mudanças efetivas e, ao contrário, contribuem para a manutenção do *status quo* (SAPORI, 2007).

Um dos fatores fortemente apontados pelo sociólogo e pesquisador Flávio Saporì para explicar o aumento dos índices de violência se refere justamente à fragilidade do sistema de justiça criminal existente no país, ou seja, a ineficiência do aparato institucional de prevenção e repressão ao crime que para o autor é responsável pelo cenário de elevada impunidade existente na sociedade brasileira (Ibid.). No que tange ao sistema prisional brasileiro, Saporì assegura ser este “um dos principais focos de ineficiência do aparato de justiça criminal”, tendo em vista a disparidade entre o crescimento da taxa de encarceramento e o crescimento da taxa de homicídios. Assim, afirma que apesar de nossa alta taxa de encarceramento, os índices de violência existentes no Brasil justificariam uma ação ainda mais intensificada. Assim, a opção defendida pelo autor para redução dos índices de criminalidade é a melhoria da gerência da política de segurança pública, através da utilização

---

<sup>9</sup> Presos provisórios são aqueles que se encontram em prisão preventiva, no correr das investigações, e que, portanto, não possuem uma sentença transitada em julgado. Atualmente 43% da população reclusa no sistema prisional brasileiro é de presos provisórios.

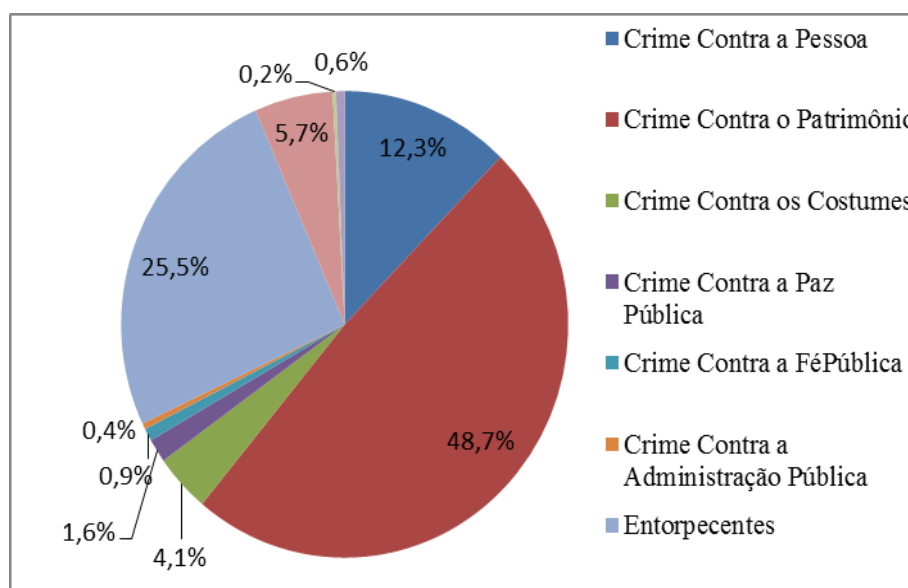
de ferramentas como planejamento, monitoramento, avaliação de resultados, melhor gasto dos recursos financeiros. Aquelas alternativas que se baseiam em mudanças estruturais para impactar os índices de criminalidade, apesar de reconhecidas como pertinentes no sentido da localização das causas do problema, são descartadas pelo autor por demandarem maiores custos, necessitarem de mudanças que são mais difíceis de ocorrer por frequentemente gerarem instabilidade e riscos políticos que não são assumidos pelos governantes.

No entanto, para análise da política penitenciária brasileira acreditamos ser de suma importância o olhar sobre os efeitos sociais que esta tem produzido, reconhecendo o “público alvo” sobre o qual vem incidindo, e ainda sobre quais práticas que esta realmente tem se confrontado. Nesse sentido, é importante expor brevemente o perfil da população prisional brasileira. Segundo dados do DEPEN, em 2011 a população prisional era composta por 93% de homens e 7% de mulheres, em sua maioria jovem - com 29% da população possuindo entre 18 e 24 anos, e 54% com até 29 anos - apresentando baixa escolaridade, na qual aproximadamente 46% não concluíram o ensino fundamental e aproximadamente 6% são ainda analfabetos (INFOPEN, 2011). Em suma, encontramos homens jovens<sup>10</sup>, de baixa escolaridade, moradores de áreas periféricas dos grandes centros urbanos, inseridos anteriormente em trabalhos informais e que têm se envolvido na sua maioria em crimes contra o patrimônio, o que corresponde hoje a quase metade do total das causas que justificaram as prisões atuais, como pode ser observado no gráfico 02.

---

<sup>10</sup> Todavia vale destacar que enquanto a população masculina cresceu em 40% no período de 2005 a 2011, é observado um aumento de 68% em relação a população feminina. Estamos vivenciando nestes últimos anos um aumento do encarceramento feminino, associado principalmente ao envolvimento com crimes de tráfico, nos quais acompanhavam os parceiros nesta prática ilícita.

Gráfico 2 - Tipificação dos crimes realizados pela população presa no Brasil, ano 2011.



Fonte: Relatórios Estatísticos – INFOPEN/MJ, 2011.

Este cenário evidencia e reforçam as reflexões trazidas por diversos autores (WACQUANT, 2001; BAUMAN, 1999; CHRISTIE, 1998) quanto ao processo de criminalização da pobreza e intensificação da ação autoritária e violenta do Estado para responder a conflitos de ordem social. Os elementos apresentados, e que têm caracterizado o sistema prisional brasileiro desde o seu surgimento, apontam que este vem atuando enquanto instituição reprodutora de uma lógica segregativa, que tem propagado e intensificado as desigualdades sociais existentes. Com uma estrutura fortemente centralizada e centralizadora, tendo, em sua grande maioria, seus estabelecimentos gerenciados pelos governos estaduais, com restrito envolvimento de outras políticas setoriais, expressa ainda fortes traços de instituições totais, cujo poder é altamente concentrado e relações hierárquicas claramente definidas.

Como nos alerta Goffman (2001), as instituições totais possuem formas peculiares de funcionamento, podendo ser definidas como locais em que um grande número de pessoas, em situação semelhante, leva uma vida fechada, separada da sociedade em geral e formalmente administrada. Esta característica básica de “controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática” (Ibid., p.18) contribui ao processo de institucionalização dos indivíduos inseridos neste contexto, ou seja, de destituição do eu, no qual o indivíduo perde sua autoridade e autonomia individual, sendo obrigado a interiorizar o modo de vida específico determinado pela instituição.

Assim, considerando as barreiras impostas ao convívio em sociedade, e tendo em vista que os afazeres diários dos presos e agentes são padronizados e prescritos, podemos assumir que as prisões são instituições totais, e como tal, são marcadas pela expressa ausência de autonomia formal. Seguindo ainda os apontamentos de Goffman (2001), as restrições formais impostas, como por exemplo, a proibição ao contato com mundo em geral, a suspensão do uso de moedas, o banimento dos direitos de propriedade privados, fazem emergir um conjunto de regras informais, associadas muitas vezes aos códigos de condutas criminais, que se apresentam como uma série de prêmios ou privilégios definidos, obtidos em troca de obediência àqueles que sustentam status superior de poder. Dessa maneira, coexiste neste contexto de restrição da ação institucional, uma flexibilidade oferecida pelas regras informais de sociabilidade que permitem, na prática, a adoção de posturas ora mais rígidas ora mais permissivas pelos agentes (LOURENÇO, 2012), ao mesmo tempo em que parecem possibilitar um efeito integrador entre os presos, exercendo, assim, uma espécie de controle social informal (GOFFMAN, 2001).

Assim sendo, voltemos novamente o nosso olhar para o cenário das prisões brasileiras a fim de compreender como a interação dessas regras reflete no funcionamento e nas relações estabelecidas no interior das unidades prisionais. Em 2011, o Subcomitê de Prevenção a Tortura (SPT) da ONU realizou visitas a diversos presídios brasileiros, nas quais puderam constatar que o contexto do sistema prisional brasileiro é marcado pela corrupção, violência, constante violação de direitos e práticas de maus tratos e tortura (ONU, 2012). Tais informações encontram também sustentação nas denúncias sobre tortura, colhidas a partir do Disque Direitos Humanos – Disque 100, entre fevereiro de 2011 e fevereiro de 2012, nas quais 65% das denúncias realizadas eram relacionadas a violações ocorridas no interior de presídios, cadeias públicas ou delegacia de polícia que possuem unidades prisionais. De acordo com as informações do relatório produzido pelo SPT, espancamentos e maus-tratos eram frequentemente utilizados contra os presos como forma de punição aplicada devido à realização de reclamações, levando estes à desconfiança dos mecanismos de queixa disponíveis e ao silêncio diante das violações (ONU, 2012).

No que se refere ao processo de institucionalização da vida, à perda de autonomia e autoridade individual, o relatório do SPT também aponta acesso muito limitado à comunicação com o mundo externo, seja por cartas, telefones ou visitas e a existência de

práticas aviltantes, como destruição dos pertences pessoais e imposição de posições humilhantes durante transferências ou inspeções.

Quanto ao acesso dos presos aos serviços de saúde, além da precariedade das instalações e insuficiência dos recursos humanos, nas unidades visitadas pelo SPT o acesso aos serviços de saúde era visto como privilégio (Ibidem). Estando subordinado aos serviços de segurança, “o acesso aos serviços médicos era frequentemente prestado a critério dos guardas das prisões ou dos “faxinas”, detentos que trabalham para a instituição” (ONU, 2012; p.9). Outro trecho do relatório também nos mostra a inserção da assistência à saúde na lógica de punição do sistema: “Os detentos expressaram sua apreensão com relação à solicitação de assistência médica, baseados na experiência de punição por guardas das prisões, ou de maus-tratos quanto do transporte até o hospital” (Ibidem; p.10)

Em pesquisa realizada com agentes penitenciários, Luiz Cláudio Lourenço (2012) retrata também a existência da mesma postura dos agentes no que se refere ao acesso dos presos aos serviços de assistência psicológica e a educação superior garantido aos condenados em algumas prisões. De acordo com o autor, os agentes expressam o sentimento de ser deixado de lado diante de um condenado, como pode ser observado na queixa de um dos agentes entrevistados por Lourenço: “Eu pago minha faculdade, mas os caras lá [presos] não. Para eles é de graça!” (p.19).

No que tange a existência de corrupção no interior do sistema penitenciário brasileiro, o SPT destaca ser

(...) numerosas e consistentes [as] alegações de corrupção que recebeu. Os exemplos incluem o pagamento, pelos detentos, de suborno no montante de R\$10.000,00 aos policiais, para serem libertados; o roubo de provas por policiais; o **pagamento de suborno, pelos detentos, para a satisfação de necessidades básicas, como banho de sol; o pagamento, por parte dos familiares, para poderem visitar os detentos; pagamento em troca de proteção**, etc. O SPT recebeu alegações de que algumas pessoas estavam sendo mantidas em delegacias de polícia enquanto se aguardava o pagamento de suborno para que pudessem ser transferidas para instalações de detenção pré-julgamento. (ONU, 2012; p.12, grifo nosso)

Este sistema de privilégios e castigos instituído pelas regras informais de sociabilidade existentes no sistema prisional gera um contexto de fragilização dos direitos sociais e individuais que deveriam ser preservados, mesmo diante da pena privativa de

liberdade<sup>11</sup>. Isto posto, faz-se importante salientar que estas características apontadas como marcas do funcionamento do sistema prisional brasileiro, infelizmente, não podem ser consideradas como fatores ocasionais ou conjunturais. Ao contrário, estas fazem parte da história social do trato com o indivíduo considerado criminoso. Apesar do reconhecimento sobre os avanços que as penas de privação de liberdade trouxeram em relação às práticas medievais de execução pública, banimento, trabalho forçado, dentre outras, consideramos que a essência da punição, da degradação individual e exclusão social ainda se mantém na vivência do encarceramento. Vale deixar claro também que a violência física e psicológica, a barganha, a institucionalização são elementos utilizados para a manutenção da ordem e das relações de poder existentes entre os próprios presos e entre estes e os funcionários do sistema prisional. Considerando que a manutenção da ordem e o confinamento são as tarefas de maior prioridade dentro de uma prisão (LOURENÇO, 2012), estes elementos acabam, portanto, regendo a lógica sob a qual as relações sociais são construídas no interior das unidades prisionais.

### **1.2.1. O desenho institucional do Sistema de Justiça Criminal Brasileiro**

O Sistema de Justiça Criminal Brasileiro é composto por três frentes de atuação, ou subsistemas, sendo estas, a Segurança Pública, a Justiça Criminal e a Execução Penal, que por sua vez deveriam agir de forma integrada para o desenvolvimento de ações que abrangem desde a prevenção da infração penal até a aplicação de pena aos infratores. Os trabalhos desenvolvidos pelos três subsistemas citados abrangem órgãos dos poderes Executivo e Judiciário, concentrados majoritariamente nas esferas estaduais. Assim, os poderes públicos nacional e municipal, especialmente este último, possuem pequena importância na área.

O Subsistema de Segurança Pública é o único que estabelece competências aos três níveis da federação. No âmbito do poder executivo federal, a área da segurança pública é tratada pelo Ministério da Justiça, que possui em sua estrutura a Secretaria Nacional de Segurança Pública, responsável pela articulação das ações de segurança pública desenvolvidas pelos governos estaduais, municipais e governo federal, através do gerenciamento do Sistema

---

<sup>11</sup> Lei de Execução Penal, 1984. Art. 3º: Ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei.  
Parágrafo único. Não haverá qualquer distinção de natureza racial, social, religiosa ou política.

Único de Segurança Pública (SUSP)<sup>12</sup>, administração do Fundo Nacional de Segurança Pública e o apoio a projetos na área de prevenção à violência e segurança pública junto aos estados e municípios (FERREIRA & FONTOURA, 2008). Ainda, compõem o subsistema de Segurança Pública em nível nacional, os órgãos da Polícia Federal, Polícias Rodoviárias e Ferroviárias Federais e o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, que juntamente com outros doze órgãos compõem o Sistema Brasileiro de Inteligência (Ibid.). No que tange à esfera estadual de organização da segurança pública, esta é composta pelos órgãos das Polícias Civil e Militar, Órgãos de Perícia e Corpo de Bombeiros, geralmente sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Segurança Pública ou de Defesa Social. Quanto às competências dos municípios, estes podem constituir guarda municipal, de caráter civil, com objetivo principal de prevenir violência e criminalidade, atuando na articulação de projetos sociais e comunitários, proteção patrimonial, defesa civil, segurança coletiva em eventos, mediação de conflitos e rondas (Ibid.).

O Subsistema de Justiça Criminal é composto pelos juízes, tribunais, Ministério Público e Defensoria Pública, organizando-se nos níveis federal e estadual, tendo suas competências ditadas pela Constituição Federal e legislações estaduais que tratam da organização judiciária.

O Sistema de Execução Penal, por sua vez, é constituído por órgãos que compõem o poder executivo e judiciário nacional e estadual, concentrando-se predominantemente nos estados. Esse se organiza conforme as diretrizes constitucionais relativas às penalidades atribuídas aos transgressores das leis; as normas presentes no Código Penal Brasileiro (Decreto Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940) que prevê as tipificações de crimes; a Lei de Contravenções Penais (Decreto-Lei nº 3.688 de 3 de outubro de 1941) que prevê as tipificações das contravenções, ou infrações penais de menor impacto; a Lei de Execução Penal nº 7.210 de 11 de julho de 1984, que regulamenta o cumprimento das penas de privação de liberdade; e as leis estaduais de execução penal, que dispõe sobre a organização da execução penal em cada estado. No âmbito nacional, o Sistema de Execução Penal é composto pelos órgãos da justiça criminal federal, o Ministério Público Federal, o

---

<sup>12</sup> O SUSP é uma política do governo federal criada em 2003 com o objetivo de articular as ações da área de segurança e justiça criminal dos três níveis federativos, e já se encontra em funcionamento em todos os estados brasileiros.

Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) e o Conselho Nacional de Política, Criminal e Penitenciária (CNPCP), sendo os dois últimos ligados ao Ministério da Justiça.

O CNPCP é um dos primeiros órgãos da execução penal, instalado em 1980, antes mesmo de sua instituição legal<sup>13</sup>. É composto atualmente por treze membros designados pelo Ministério da Justiça, dentre professores e profissionais da área da execução penal, bem como por representantes da comunidade e de ministérios da área social, com mandato de dois anos. De acordo com a lei de execução penal, cabe ao CNPCP, no exercício de suas atividades, em âmbito federal ou estadual:

- I - propor diretrizes da política criminal quanto a prevenção do delito, administração da justiça criminal e execução das penas e das medidas de segurança;
- II - contribuir na elaboração de planos nacionais de desenvolvimento, sugerindo as metas e prioridades da política criminal e penitenciária;
- III - promover a avaliação periódica do sistema criminal para a sua adequação às necessidades do País;
- IV - estimular e promover a pesquisa criminológica;
- V - elaborar programa nacional penitenciário de formação e aperfeiçoamento do servidor;
- VI - estabelecer regras sobre a arquitetura e construção de estabelecimentos penais e casas de albergados;
- VII - estabelecer os critérios para a elaboração da estatística criminal;
- VIII - inspecionar e fiscalizar os estabelecimentos penais, bem assim informar-se, mediante relatórios do Conselho Penitenciário, requisições, visitas ou outros meios, acerca do desenvolvimento da execução penal nos Estados, Territórios e Distrito Federal, propondo às autoridades dela incumbidas as medidas necessárias ao seu aprimoramento;
- IX - representar ao juiz da execução ou à autoridade administrativa para instauração de sindicância ou procedimento administrativo, em caso de violação das normas referentes à execução penal;
- X - representar à autoridade competente para a interdição, no todo ou em parte, de estabelecimento penal. (BRASIL, 1984; art. 64).

Assim, para além de um órgão meramente consultivo ou de participação e controle social, o CNPCP possui papel fundamental na orientação da política de criminal e penitenciária brasileira.

O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) é o órgão responsável pela coordenação da política penitenciária nacional, realizando esta função através do acompanhamento da aplicação das regras previstas na legislação penal e da implantação das diretrizes elaboradas pelo CNPCP, do apoio técnico e financeiro aos estados na realização de capacitações dos profissionais do sistema penitenciário, na implantação dos estabelecimentos

---

<sup>13</sup> Órgão previsto na Lei de Execução Penal nº 7.210 de 11 de julho de 1984.

penais e na administração dos recursos do Fundo Penitenciário. O DEPEN é responsável também pela supervisão e custódia dos presos que se encontram nos 05 presídios federais existentes no país, localizados nos estados de Rondônia, Rio Grande do Norte, Mato Grosso do Sul, Paraná e Distrito Federal. Os presídios federais, conforme a Lei de Execução Penal (LEP), de 1984, são de segurança máxima, com capacidade total de 1.040 vagas, destinadas ao isolamento dos presos considerados de “alta periculosidade”, devido a sua ligação com tráfico de drogas ou crime organizado, ou ainda àqueles que estejam em situação de risco ou sob regime disciplinar diferenciado<sup>14</sup>. Assim, são vistos como instrumento contributivo no contexto nacional da segurança pública.

No âmbito estadual o Sistema de Execução Penal conta com os Departamentos Penitenciários Locais, o Conselho Penitenciário (CP), Conselho da Comunidade, Patronato e os demais órgãos da justiça criminal estadual – juízos da execução e Ministério Público – que são, por sua vez, regidos e organizados pelas respectivas Constituições e leis estaduais de execução penal. Os departamentos penitenciários locais são órgãos ligados às Secretarias de Justiça, ou Segurança Pública, ou Defesa Social, responsáveis por administrar os estabelecimentos penais. Alguns estados, como por exemplo, Goiás e Mato Grosso do Sul, possuem agências especializadas ligadas ao poder executivo que desempenham tal função. Assim, considerando a ínfima participação do governo federal no que se refere a administração de estabelecimentos penais - contando com apenas 5 unidades, com capacidade de pouco mais que mil presos - podemos afirmar que a imensa maioria da população prisional brasileira se encontra sob responsabilidade destes órgãos estaduais, que, durante todo o período de custódia, devem assistir a essa população em suas necessidades e conforme seus direitos.

Os Conselhos Penitenciários foram criados em 1924, com os objetivos de fiscalizar a execução da pena, através de inspeções nos estabelecimentos penais e supervisão da assistência aos presos, bem como emitir parecer aos juízes da execução sobre livramento condicional, indulto, graça e comutação de pena<sup>15</sup>. Com a publicação da LEP/84 este se mantém como órgão da execução penal, conservadas as atribuições citadas, devendo ser

---

<sup>14</sup> Dados obtidos através do site do Ministério da Justiça. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={887A0EF2-F514-4852-8FA9-D728D1CFC6A1}&Team=&params=itemID={5AC72BD6-09F6-49AE-BDB0-9A5A1D5A28B9};&UIPartUID={2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26}>. Acessado em 19 de janeiro de 2013.

<sup>15</sup> Decreto n. 16.665, de 6 de novembro de 1924.

constituído por membros nomeados pelo governador, dentre professores e profissionais da área do direito penal, bem como por representantes da comunidade.

Já os Conselhos de Comunidade são órgãos ligados a cada uma das comarcas com responsabilidade de realizar o controle social da execução da pena, através da realização de visitas aos estabelecimentos penais de sua comarca e entrevistas com os presos, apresentação de relatórios ao juiz da execução e ao Conselho Penitenciário e pleito de recursos materiais e humanos para melhoria da assistência ao preso. Conforme a LEP/84, os conselhos de comunidade devem ser compostos, no mínimo, por 1 representante de associação comercial ou industrial, 1 advogado indicado pela Seção da Ordem dos Advogados do Brasil, 1 Defensor Público indicado pelo Defensor Público Geral e 1 assistente social escolhido pela Delegacia Seccional do Conselho Nacional de Assistentes Sociais; ou na ausência destes membros, terá composição definida pelo juiz da execução da comarca.

Os patronatos são os órgãos destinados à assistência aos albergados e egressos do sistema prisional. No entanto, a sua presença ainda é muito limitada, sendo somente 4 estados que possuem patronatos em sua estrutura de execução penal, e outros 11 possuem órgãos ou programas equivalentes<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Dados DEPEN/MJ. Relatório da Situação Atual do Sistema Penitenciário – Patronatos. Maio/2008.

Quadro 1 - Estrutura Institucional do Sistema de Justiça Criminal Brasileiro

	Níveis Federativos			Normas	
	Nacional	Estadual	Municipal		
<b>Sist. Segurança Pública</b>	Executivo	Ministério da Justiça			Constituição Federal (art.1444) Constituições Estaduais
		Secretaria Nacional de Segurança Pública			
		Departamento de Polícia Federal	Secretarias de Segurança Pública ou de Defesa Social		
		Departamentos de Polícia Rodoviária e Ferroviária Federal	Polícia Civil	Guardas Municipais	
		Conselho Nacional de Segurança Pública	Polícia Militar		
		Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República	Corpo de Bombeiros		
		Força Nacional de Segurança Pública	Órgãos de Perícia		
<b>Sist. Justiça Criminal</b>	Judiciário	Justiça especializada (Trabalho, militar e eleitoral)	Juízes Estaduais		Constituição Federal Constituições Estaduais Leis Estaduais de Organização Judiciária
		Justiça Comum (Juízes Federais, Tribunais Regionais Federais e Juizados Especiais Federais)	Tribunais de Justiça (Varas criminais, Juizados Especiais Criminais e Tribunais do Júri)		
		Ministério Público Federal	Ministérios Públicos		
		Defensoria Pública da União	Defensorias Públicas Estaduais		
<b>Sist. Execução Penal</b>	Executivo e Judiciário	<i>Ministério da Justiça</i>			Código Penal Lei de Contravenções Penais Lei de Execução Penal Leis estaduais de execução penal
		<i>Departamento Penitenciário Nacional</i>	<i>Conselho Penitenciário</i>		
		<i>Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária</i>	<i>Conselho da Comunidade</i>		
		<i>Presídios Federais</i>	<i>Patronato</i>		
		<i>Órgãos da Justiça Criminal Federal</i>	<i>Unidades Penais</i>		
		<i>Órgãos da Justiça Criminal Estadual</i>			

Fonte: IPEA, 2008.

Como podemos observar, o poder público estadual é o principal ator quando se trata do Sistema de Justiça Criminal no Brasil, em especial no que se refere às responsabilidades da execução penal, que é o nosso principal foco neste trabalho. Mesmo a participação do governo federal se dá de forma muito restrita, e os municípios não possuem qualquer

responsabilidade nesta área. Além disso, ainda que as consequências do encarceramento recaiam sobre as três esferas federativas, não é previsto nenhuma arena para tomada decisão conjunta e articulação intergovernamental para coordenação da implantação do Sistema de Justiça Criminal brasileiro.

### **1.3. O direito a saúde do preso: marco legal**

A história sobre o direito à saúde do preso pode ser contada a partir do olhar sobre o conjunto de declarações, tratados e outros instrumentos que tratam dos direitos humanos no âmbito internacional. Isto, pela possibilidade de afirmarmos que antes mesmo da normatização do direito à saúde a população prisional já estava amparada por regras de tratamento comprometidas com a proteção e combate a quaisquer atos de cunho degradante e desumano. Nesse sentido, podemos citar como exemplos a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (1976) e o Pacto de São José da Costa Rica (1978), as Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos (1955) e, a mais recente, o Protocolo Facultativo à Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (2002). Tais regras buscaram constranger abusos nas ações estatais, garantir condições existenciais mínimas para população encarcerada. Ademais, para além das especificidades do contexto da privação de liberdade, tais normativas consequentemente acabaram influenciando também no reconhecimento e fortalecimento dos direitos humanos como fundamento para ação estatal brasileira.

O direito à assistência em saúde para a população penitenciária foi instituído formalmente no Brasil a partir da Lei de Execução Penal nº 7.210 de 11 de julho de 1984, que previu, como dever do Estado, a assistência em saúde ao preso, e definiu no seu artigo 14, que esta deve compor de atendimento médico, farmacêutico e odontológico na unidade penal ou em qualquer outro local, caso a unidade não seja capaz de prover a assistência necessária.

**Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.**

§ 1º (Vetado).

§ 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

§ 3º Será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido. [§3º incluído pela Lei nº 11.942, de 2009]. (BRASIL, 1984; Seção III, grifo nosso)

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal (CF), a perspectiva dos direitos humanos foi fortalecida na refundação do Estado Democrático de Direito a partir da afirmação da defesa da dignidade da pessoa humana como fundamento da ação estatal. Tal fato implicou, portanto, no reconhecimento de um complexo de direitos e deveres fundamentais que devem ser garantidos a toda a população brasileira de modo a promover condições mínimas de vida que superem o limiar da manutenção da sobrevivência humana, mas, ao contrário, que propiciem o alcance do patamar de uma vida saudável, na qual está incluída também a possibilidade de participação ativa e corresponsável dos indivíduos nos destinos da própria existência e da vida em sociedade.

É nesse contexto de afirmação da cidadania que o direito a saúde é firmado a toda população brasileira mediante o estabelecimento do direito universal em saúde, disposto no artigo 196 da Constituição:

**A saúde é direito de todos** e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988; Título VIII, Capítulo II, Seção II, Da Saúde; grifo nosso)

Dessa maneira, mesmo que sob o escopo da generalidade, podemos dizer que a assistência em saúde a população prisional foi novamente afirmada enquanto um direito. No entanto, associado a esta garantia normativa encontramos também o desafio da construção de uma política que seja capaz de enfrentar as diversidades de barreiras impostas ao acesso a saúde.

No intuito de chamar atenção às condições do tratamento oferecido no cárcere, bem como às barreiras existentes ao acesso dos presos a direitos básicos, dentre eles o da saúde, em novembro de 1994, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) publica a Resolução nº 14, que trata sobre as Regras Mínimas para Tratamento dos Presos no Brasil, na qual outra vez a assistência em saúde e assistência sanitária prestada aos presos em todas as unidades prisionais do país é ratificada como um direito fundamental da população encarcerada brasileira.

Apesar da legislação existente, que afirma o direito à saúde a este grupo populacional, o Estado brasileiro conviveu bastante tempo com a ausência de normas

específicas de definição das bases que organizariam a assistência em saúde prisional. A assistência em saúde para a população encarcerada brasileira foi historicamente objeto de atuação dos órgãos responsáveis pela custódia do indivíduo que se encontra em privação de liberdade, contando muita das vezes com o suporte de trabalhos voluntários realizados por religiosos e organizações não governamentais, como pastorais carcerárias e ONGs ligadas a prevenção de DST/AIDS. Apesar da instituição do SUS em 1990, sob o alicerce do direito universal à saúde, a saúde da população prisional brasileira foi marcada por mais de uma década pela invisibilidade e ausência de integração ou qualquer relação formal entre a assistência prestada no âmbito prisional e àquela oferecida ao restante da população.

#### **1.4. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**

Em que pese o baixo número de estudos sobre o perfil de morbidade da população prisional brasileira, é de conhecimento público que a realidade das prisões brasileiras é marcada por um contexto de insalubridade, violência e superlotação (BRASIL, 2009; 2006). As condições de confinamento, que envolvem desde as condições físicas dos estabelecimentos penais, passando pelas particularidades das relações sociais vivenciadas no cárcere, proporcionam maior risco ao desenvolvimento de práticas sexuais desprotegidas, uso de drogas injetáveis fazendo com que a população prisional seja classificada dentre o rol de “populações vulneráveis” às doenças infecto-contagiosas, dentre elas AIDS, Hepatites B e C, Tuberculose, dentre outras. Tal realidade faz com que o sistema prisional seja considerado um problema de saúde em potencial. Todavia, somente em 2001, quase uma década e meia após a promulgação da CF/88, através da publicação da Portaria Interministerial MS/MJ nº2.035 em 08 de novembro, surgiu no Brasil a primeira iniciativa de definição de diretrizes para a organização da assistência em saúde para população presa no Sistema Penitenciário. Tomando como justificativa as precárias condições de habitabilidade e salubridade das unidades penais brasileiras, bem como a preocupação com as elevadas taxas de infecção pelo HIV e outras doenças infectocontagiosas de interesse sanitário, a referida portaria tratou da instituição de uma Comissão Interministerial composta por Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, sob a coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, com objetivo de “definir estratégias e alternativas de promoção da assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional”. Como consequência dos trabalhos desta Comissão Interministerial

foi publicado no ano seguinte a primeira versão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), através da Portaria Interministerial MS/MJ nº628, de 2 de abril de 2002.

Considerando naquele momento a importância de estabelecer ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do SUS, viabilizando a atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, a referida portaria previa, prioritariamente, a execução das seguintes ações:

- I. a reforma e a equipagem das unidades prisionais, visando a estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, componentes da assistência de média complexidade e componentes das urgências e emergências em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional
- II. a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;
- III. implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais,
- IV. a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza, tétano;
- V. a implantação de ações de prevenção para a tuberculose, hanseníase, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis e aids, bem como aquelas relativas à distribuição de preservativos e à redução de danos para usuários de drogas injetáveis para os presos; [e por fim]
- VI. a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, seja em unidades próprias, seja em unidades vinculadas ao SUS.

Assim, o PNSSP definiu a organização da assistência integral em saúde para o preso, através da implantação de equipes de saúde responsáveis pela atenção básica<sup>17</sup> em saúde, compostas minimamente por médico, psicólogo, assistente social, odontólogo, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, cuja cobertura deverá ser de até 500 presos por equipe. Além disso, foi previsto também a possibilidade de instituição de agentes promotores de saúde que seriam recrutados entre a população presa, para trabalhar sob supervisão da equipe mínima (BRASIL, 2002). Vale destacar que apesar da amplitude do escopo de ações elencadas no âmbito da atenção primária em saúde, neste momento foi dado enfoque especial às doenças infectocontagiosas, como pode ser observado no item V da citação acima.

---

<sup>17</sup> Termo anteriormente utilizado para o que hoje se define como atenção primária em saúde. Este nível assistencial é considerado a porta de entrada da rede de saúde, onde se pretende intervir com resolutividade em cerca de 80% dos agravos de saúde e também onde prioritariamente é preconizado o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Para implantação das ações fez-se necessária a articulação entre os órgãos da saúde e segurança para elaboração dos Planos Operativos Estaduais de Saúde Prisional (POE Prisional), instrumento no qual são definidas as ações e responsabilidades dos órgãos envolvidos na implementação. No que se refere à definição de gestão e gerência, o PNSSP estabeleceu que a gestão dos Planos Estaduais seria de responsabilidade das secretarias estaduais de saúde. Às secretarias de justiça foi atribuída a responsabilidade pela execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito da atenção básica em todas as unidades penitenciárias de sua gerência, bem como, contratação e/ou complementação salarial das equipes de saúde atuantes no sistema penitenciário; portanto compete-lhes a gestão e gerência das ações e serviços (Ibid.).

Nesta primeira versão do PNSSP, a Portaria Interministerial MS/MJ nº628/2002 também dispôs sobre o financiamento das ações de saúde no âmbito do Sistema Penitenciário, prevendo que este devia se dar de forma compartilhada entre os órgãos da saúde e justiça nas esferas federal e estaduais. Deste modo, a portaria estabeleceu a criação do Incentivo para Atenção a Saúde no Sistema Penitenciário, voltado para o custeio das ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico, sendo neste momento previsto um valor percapita/ano de R\$105,00, compartilhado entre o Ministério da Saúde (R\$75,00 percapita/ano) e Ministério da Justiça (R\$30,00 percapita/ano). Para as ações relacionadas a reforma física e aquisição de equipamentos para os ambulatórios de saúde das unidades prisionais, foi definido que o Ministério da Justiça disporia de financiamento a parte, para além do disponibilizado no referido incentivo.

No momento em que o PNSSP chamou as Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça para trabalharem juntas na construção dos Planos Estaduais para organização e muita das vezes inauguração, de serviços de saúde para a população penitenciária, este proporcionou a aproximação do setor saúde com a pauta prisional, convocando-o mais uma vez à enfrentar o desafio da universalidade através da extensão dos serviços de saúde a esta população. Assim, esta primeira versão do PNSSP pode ser considerada como um marco para o reconhecimento do direito a saúde da população penitenciária e elevação do status do preso a usuário formal do SUS.

Passado um ano da publicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária publicou a Resolução CNPCP nº 07, de 14 de abril de 2003 com o objetivo de firmar Diretrizes Básicas para as Ações de Saúde no

Sistema Penitenciário. Utilizando como justificativa a importância da atenção em saúde para a valorização da cidadania e redução das “tensões inerentes às condições carcerárias”, a referida Resolução reforçou a diretriz de articulação entre Sistema Penitenciário e SUS prevista na Portaria Interministerial MS/MJ nº 628/2002, reafirmou a composição mínima de equipes de saúde a serem implantadas, bem como suas atribuições relacionadas ao elenco mínimo de ações da atenção primária. Além disso, trouxe recomendações novas, no que se refere à indicação de realização de exames admissionais dos presos, utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como referência para definição dos medicamentos adquiridos pelo sistema penitenciário, disposição sobre padronização física das unidades de saúde do sistema penitenciário, importância do registro das condições clínicas e assistência prestada no prontuário de saúde, sendo assegurado o sigilo, e ainda a recomendação da definição de serviços de referências na Rede SUS para complementação diagnóstica e/ou assistência de média e alta complexidade.

Em seguida, ainda em 2003, após aprovação na Comissão Intergestores Tripartite, no Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, foi publicada nova Portaria Interministerial MS/MJ nº1777, ainda vigente, instituindo nova versão do PNSSP. Neste momento o Brasil contava com uma população carcerária de aproximadamente 210 mil pessoas, em sua maioria do sexo masculino, solteiros, analfabetos, e com menos de 30 anos de idade, condenados majoritariamente por crimes de furto e roubo. A distribuição destes no território brasileiro se dava de forma bastante desproporcional, concentrando nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul cerca de 65% da população carcerária nacional.

A partir desta versão do PNSSP o Ministério da Saúde publicou em sua coleção de Textos Básicos de Saúde uma cartilha sobre o referido Plano, na qual além de explicitar as diretrizes estabelecidas na última portaria interministerial, tornou mais claro o público alvo desta ação governamental, destinando-a aos estabelecimentos penais, masculinos e femininos, sejam eles estaduais ou federais. Inclui-se a população acolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, mas não os presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais (BRASIL, 2005). A justificativa para esta diferenciação era o entendimento de que os presos nas cadeias públicas e distritos policiais se encontravam em uma condição transitória e, por isso, não necessitaria da criação de serviços específicos para este contexto.

As principais mudanças que a atual versão do PNSSP trouxe em relação anterior se referem à forma de financiamento e definição de dotação orçamentária, instituição da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como um dos fóruns de pactuação e a criação de Comissão Intersetorial para acompanhamento e redefinição dos parâmetros para implantação de equipes.

Assim, para organização da assistência em saúde no sistema penitenciário, continuou sendo previsto a implantação de equipes multiprofissionais de atenção primária em saúde nos estabelecimentos penais. No entanto, no caso dos *estabelecimentos com até 100 presos*, o atendimento poderá ser realizado por profissionais da *rede local da Secretaria Municipal de Saúde*, respeitando a composição de equipe multiprofissional definida anteriormente, não necessitando de constituição de equipe exclusiva, sendo preconizado atendimento com carga horária mínima de 4 horas semanais, à qual também foi previsto o repasse Fundo a Fundo do Incentivo Financeiro, no valor de 32.400,00/ano por estabelecimento penal<sup>18</sup>.

*Nos estabelecimentos prisionais com mais de 100 pessoas* foi prevista a *implantação de uma equipe de saúde exclusiva de atendimento in loco*, para assistência em atenção primária a até 500 presos, respeitando a composição de equipe definida na portaria, à qual o repasse Fundo a Fundo do Incentivo Financeiro seria no valor de 64.800,00/ano por equipe de saúde cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>19</sup>, para custeio das ações.

Podemos observar, nesse ponto, uma mudança de financiamento per capita para bloco de financiamento por implantação de equipe, compondo a parte variável do Piso da Atenção Básica – PAB para a Saúde da Família. Além disso, o financiamento passou a ser vinculado à alimentação dos sistemas de informação em saúde, o que reflete a aproximação com a forma de financiamento e acompanhamento da atenção básica em âmbito nacional. No que se refere ainda ao Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, coube ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% do recurso e ao Ministério da Justiça os

---

<sup>18</sup> Estes valores correspondem ao reajuste publicado em 28 de dezembro de 2006, através da Portaria Interministerial MS/MJ nº 3.343, ainda vigente, que alterou os valores do incentivo. Os valores inicialmente previstos na Portaria Interministerial MS/MJ nº1777/2003 eram de 20.004/ano por estabelecimento penal e 40.008/ano por equipe implantada para unidades com até 100 presos e com mais de 100 presos, respectivamente.

<sup>19</sup> Portaria SAS/MS nº 268 de 17 de setembro de 2003 inclui na tabela de serviços do SCNES e do SIA-SUS os códigos de atenção a saúde no sistema penitenciário.

30% restantes<sup>20</sup>. Além do repasse financeiro foi previsto também o repasse de kit de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

De acordo com o Ministério da Saúde, a grande conquista desta nova versão foi a definição de dotação orçamentária para o financiamento previsto, o que por sua vez ofereceu maior credibilidade a estratégia, proporcionando maior confiança dos gestores estaduais e municipais em relação a garantia do recebimento do incentivo<sup>21</sup>. Desde a publicação do atual PNSSP foram publicadas as seguintes portarias com definição de dotação orçamentária: Portarias GM/MS nº1552 de 28 de julho de 2004; Portaria GM/MS nº847 de 02 de junho de 2005; por fim a Portaria GM/MS nº240 de 31 de janeiro de 2007, que amplia o teto nacional de equipes de saúde no sistema penitenciário de 731 para 782 equipes, mediante o registro de aumento da população carcerária.

É mister destacar também a inclusão das condições crônicas como hipertensão, diabetes e agravos psicossociais decorrentes de confinamento entre a gama de agravos sobre os quais as ações de saúde a serem desenvolvidas no sistema penitenciário deveriam incidir, seja para prevenção ou tratamento. Este fato reflete a intencionalidade em promover um olhar mais integral a saúde desta população, para qual muitas vezes eram realizadas ações voltadas somente às doenças infectocontagiosas, negligenciando, assim, um conjunto de doenças crônicas que vem alcançando patamares expressivos no quadro de morbimortalidade brasileiro, e que certamente também seriam também prevalentes nesta população. No âmbito da atenção secundária e terciária foi estabelecido que os serviços de referência para atendimento da população penitenciário deveriam ser incluídos na Programação Pactuada Integrada – PPI estadual, mediante negociação em CIB.

Nota-se, portanto, a inclusão dos municípios como atores na negociação da prestação da assistência à população penitenciária, em especial no que se refere à atenção secundária e terciária. Importante lembrar que a responsabilidade municipal de prestação da atenção primária estaria associada somente aos casos de estabelecimento com até 100 presos, ainda de forma facultativa, mediante pactuação estadual. No entanto, a grande maioria das unidades

---

<sup>20</sup> Os créditos orçamentários e os recursos financeiros que correspondem a parcela de 30% de responsabilidade do Ministério da Justiça seriam provenientes do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN) e seriam repassados ao Fundo Nacional de Saúde que, por sua vez, mediante critérios de pactuação estaduais, repassaria do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde.

<sup>21</sup> Informações obtidas na apresentação de Maria Cristina Fernandes, coordenadora da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde a época da publicação da Portaria Interministerial, no I Encontro Nacional de Gestores em Saúde no Sistema Penitenciário, realizado em Brasília, em maio de 2012.

prisionais brasileiras possui mais que 100 presos e, dessa maneira, se enquadram na responsabilidade das Secretarias Estaduais de Justiça ou correspondentes que, conforme a Portaria Interministerial MS/MJ nº1777/2003, compete a execução das ações assistenciais e contratação das equipes de saúde atuantes no Sistema Penitenciário. Desta forma, nota-se no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário certo distanciamento do marco de competências do SUS, no qual a responsabilidade pela execução das ações e organização da rede de saúde é descentralizada ao nível municipal, cabendo aos estados a coordenação das pactuações intermunicipais, acompanhamento e avaliação a implantação das políticas. (BRASIL, 2006). O PNSSP se aproxima da lógica de um subsistema de atenção à saúde para a população penitenciária, uma vez que propõe um arranjo diferenciado de organização assistencial e de responsabilidades intergovernamentais, sem, no entanto, instituir instâncias diferenciadas e/ou exclusivas de discussão e deliberação, utilizando de ferramentas e instâncias de gestão já existentes no Sistema Único de Saúde.

#### **1.4.1. O déficit no exercício do direito à saúde pela população prisional brasileira**

Uma das formas de observar o avanço da implantação do PNSSP e a melhoria do acesso da população prisional brasileira às ações e serviços de saúde é através da análise da evolução da implantação de equipes de saúde prisional no país. Em 2007, considerando a população carcerária da época, o Ministério da Saúde definiu um teto de 782 equipes a serem implantadas através do PNSSP. Assim, em 2004, uma no após a publicação da segunda versão do PNSSP, o Brasil contava com 76 equipes de atenção à saúde prisional. Ao final de 2011 o país encontrava-se com 21 estados brasileiros, mais o Distrito Federal habilitados ao plano nacional, contando no total com o número de 249 equipes de saúde prisional cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) <sup>22</sup>, conforme podemos observar na tabela 01. Mesmo com o teto já defasado, uma vez que de 2007 à 2011 foi observado um crescimento de aproximadamente 40,5% da população prisional brasileira, os dados apresentados acerca da implantação das equipes representam somente 31,8% da meta prevista.

---

<sup>22</sup> Portaria GM/MS nº2802 de 28 de novembro de 2001, que publica a relação dos Estados, Municípios e Distrito Federal, com suas respectivas unidades básicas de saúde no Sistema Penitenciário e equipes, qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Tabela 1 - Evolução do número de Equipes de Atenção a Saúde no Sistema Penitenciário, Brasil 2011.

<b>Evolução do número de equipes cadastradas no PNSSP</b>	
2004	76
2005	171
2006/7	174
2008	199
2009	215
2010	247
2011	249

Fonte: LADEIRA, 2012

Considerando os dados de 2011<sup>23</sup>, o PNSSP conseguiu alcançar um número de estados que abarcam 86% do total da população prisional brasileira. Todavia, a cobertura média dos POEs Prisionais alcançou 28,07% do total da população prisional dos estados habilitados (Tabela 2). Se os mesmos cálculos forem feitos considerando a população prisional total do Brasil, esta cobertura reduz ainda mais, passando para 24,19%.

Cabe destacar os estados da Bahia, Rondônia e Mato Grosso do Sul que, em 2011, alcançaram cobertura maior que 80%. Faz-se interessante observar que os três estados optaram pelo modelo descentralizado de gestão da saúde prisional, atribuindo a responsabilidade de gestão e gerência das ações de saúde prisional aos municípios sede de unidades prisionais.

Por outro lado, os estados do Paraná, Pará e Amazonas se destacaram pela baixa cobertura alcançada, não chegando a 10% da população prisional destes estados.

---

<sup>23</sup> Segundo Relatório estatístico do DEPEN/MJ referente a dezembro de 2011, a população carcerária brasileira era de 514.582 presos.

Tabela 2 - Cobertura das Equipes de Atenção a Saúde no Sistema Penitenciário por estado habilitado ao PNSSP, Brasil 2011.

Nº	Estados Habilitados	Total de equipes	Pop. Sist. Pen.	Cobertura <sup>24</sup> (%)
1.	Acre	2	3.819	26,18%
2.	Amapá	1	1.828	27,35%
3.	Amazonas	1	5.400	9,26%
4.	Pará	1	9.802	5,10%
5.	Rondônia	11	6.339	86,76%
6.	Roraima	1	1.710	29,24%
7.	Alagoas	1	3.354	14,91%
8.	Bahia	18	9.455	95,19%
9.	Ceará	12	16.164	37,12%
10.	Paraíba	7	8.210	42,63%
11.	Pernambuco	19	25.850	36,75%
12.	Sergipe	2	3.558	28,11%
13.	Espírito Santo	5	12.035	20,77%
14.	Minas Gerais	23	41.569	27,66%
15.	Rio de Janeiro	26	27.782	46,79%
16.	São Paulo	71	174.060	20,40%
17.	Mato Grosso	7	11.185	31,29%
18.	Mato Grosso do Sul	17	10.511	80,87%
19.	Paraná	1	20.464	2,44%
20.	Rio Grande do Sul	9	29.113	15,46%
21.	Goiás	8	11.163	35,83%
22.	Distrito Federal	6	10.226	29,34%
	<b>TOTAL</b>	<b>249</b>	<b>443.597</b>	<b>28,07%</b>

Fonte: Portaria GM/MS nº2.802 de 28 de novembro de 2011 e dados populacionais por InfoPen/MJ (base dezembro, 2011).

Em 2009, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) realizou uma avaliação da implantação do Plano Nacional pelos estados habilitados e constatou, em nota técnica, diversas irregularidades existentes, tais como:

(...) não utilização efetiva do incentivo de custeio do PNSSP; não alimentação dos sistemas de informação; ausência de clareza epidemiológica referente à população presa; falta de periodicidade das reuniões da comissão de acompanhamento do PNSSP; não participação da sociedade civil envolvida com este tema nos Conselhos de Saúde. (CONASS, 2009; p.05).

<sup>24</sup> Valor calculado conforme o número de equipes implantadas nas UF, considerando a cobertura de 500 presos para cada equipe. Os valores populacionais utilizam a base de 2011. No quadro também não contabilizam os estados não habilitados ao PNSSP até o final de 2011, bem como a parcela da população carcerária que se encontra nas unidades policiais (43.328 presos).

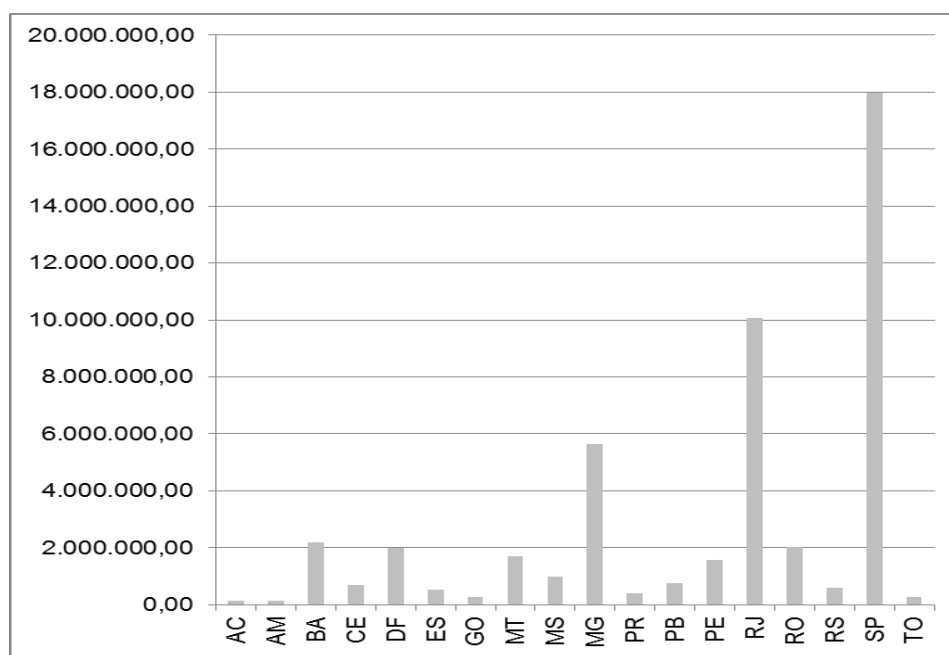
No mesmo ano, a comissão interinstitucional composta por representantes dos Ministérios da Saúde e da Justiça para monitorar a implementação do PNSSP realizou visitas nos diversos estados brasileiros habilitados. Nesta oportunidade, as irregularidades citadas foram novamente constatadas. Assim, em vista das constatações das visitas, especialmente no que concerne à não utilização do incentivo pelos estados e municípios, o Ministério da Justiça suspendeu os 30% dos recursos repassados do Fundo Penitenciário Nacional ao Fundo Nacional de Saúde, correspondentes ao Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário<sup>25</sup>. Posteriormente, valendo-se da situação de pendências no envio pelos estados e municípios dos Relatórios Anuais de Gestão pertinentes aos seus respectivos Planos Operativos Estaduais de Saúde Prisional; em novembro de 2011, por força da Portaria GM/MS nº2801/2011, o Ministério da Saúde suspendeu temporariamente a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais correspondentes. Além do envio dos Relatórios de Gestão em atraso, os estados e municípios afetados por esta portaria deveriam enviar ao Ministério da Saúde um Plano de Execução elaborado conjuntamente entre os órgãos da Saúde e Justiça (ou correspondente), no qual estaria prevista a execução dos recursos acumulados.

De acordo com Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde, no período de 2004 a 2012, foram transferidos cerca de 50 milhões de reais de incentivo financeiro de custeio para as ações das equipes de saúde (Gráfico 3). Nesse sentido, cabe destacar que, de acordo com os dados do Fundo Nacional de Saúde, até julho de 2009 havia sido repassado um total de R\$35.815.297,00 aos estados e municípios habilitados ao PNSSP. Desse valor, à época, somente havia sido comprovado gasto de 2,38% via relatório de gestão.

---

<sup>25</sup> Portaria MJ nº 29, de 29 de janeiro de 2010.

Gráfico 3 – Montante de transferências realizadas pelo governo federal, referente ao Incentivo de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, no período de 2004 a 2012.



Fonte: Ministério da Saúde, maio de 2012<sup>26</sup>.

Diante do exposto, considerando o baixo número de equipes de saúde implantadas somado aos baixos níveis de execução dos recursos destinados a custeio de medicamentos e insumos, adicionado à imobilidade condicionada pela privação de liberdade, o déficit de cobertura torna-se, por sua vez, necessariamente, um indicador do significativo déficit de acesso dos presos aos serviços de saúde, e conseqüentemente, da precariedade do exercício do direito à saúde deste seguimento da população.

Diante do reconhecimento dos problemas existentes na atenção em saúde da população prisional brasileira, bem com da ineficiência do PNSSP em transformar esta realidade, o Ministério da Saúde, juntamente ao Ministério da Justiça vêm se movimentando, desde 2010, no sentido de reformular sua estratégia de ação, apontando para uma maior aproximação e integração das ações de saúde desenvolvidas no contexto prisional à estrutura do Sistema Único de Saúde. Denominado como “Do Plano à Política”, este processo de reconfiguração vem apostando no enfrentamento a desafios de gestão, que englobariam o incentivo à descentralização da responsabilidade das ações para governos municipais, mudanças na lógica de financiamento, qualificação de dados epidemiológicos, criação de

<sup>26</sup> Apresentação realizada no I Encontro Nacional de Gestores em Saúde no Sistema Penitenciário, em Brasília.

indicadores e inclusão da população das cadeias públicas no escopo do público alvo destas ações; bem como desafios que se encontram no campo da atenção em saúde, ligados às condições estruturais dos estabelecimentos prisionais, mudança dos parâmetros assistenciais de cobertura e a reorganização do modelo de atenção, visando à redefinição do foco para as ações preventivas.

### **1.5. O problema de pesquisa**

Como pudemos observar, a partir dos dados apresentados nas sessões anteriores, em que pese avanços importantes, o déficit de acesso da população prisional brasileira às ações e serviços de saúde tem se mantido, mesmo diante do marco legal exigente e da iniciativa do PNSSP. Temos o compromisso do Estado brasileiro que, há quase 25 anos, assumiu a responsabilidade da atenção universal à saúde e de forma geral tem conseguido ampliar para grande parcela da população o acesso a ações e serviços de saúde antes não alcançados. Todavia, para uma pequena parcela desta população, que se encontra confinada e concentrada em locais específicos, tendo grande parte da vida controlada por este Estado, tais avanços não vem sendo logrado, ou não têm chegado com a mesma intensidade.

Esta situação se apresenta como um paradoxo se consideramos que este mesmo Estado consegue oferecer uma resposta social, mesmo com todos os problemas e imperfeições, para uma população de aproximadamente 193 milhões de brasileiros mas, por outro lado, a população prisional (cerca de 500 mil brasileiros), cuja vida encontra-se especialmente sobre a sua tutela, não possui acesso a serviços básicos, como os de saúde. Até mesmo do ponto de vista do acesso à informações sistemáticas sobre as condições de saúde, as referentes à população brasileira, livre e dispersa em todo o território nacional, estão disponíveis nos bancos de dados do Ministério da Saúde, mas não conseguimos identificar quais são os principais agravos e necessidades de saúde da população prisional. E, além disso, como explicar esta realidade diante do esforço realizado em elaborar e implantar um plano específico, o PNSSP, voltado para o alcance da melhoria das condições de saúde desta população e após 10 anos de implementação não ser possível observar avanços significativos e nem mesmos algumas experiências bem sucedidas?

Todas estas questões nos colocaram diante do desafio da investigação proposta nesta pesquisa, qual seja, de elucidar quais fatores explicariam a limitação dos resultados do PNSSP

na garantia do acesso da população prisional às ações e serviços de saúde. Assim, olharemos para o déficit de acesso a partir do PNSSP, buscando lançar luz aos elementos envolvidos em sua manutenção. Portanto, para além de uma avaliação dos resultados da política em questão, temos como objetivo investigar os elementos políticos envolvidos na incorporação do tema na agenda, elaboração do desenho e implementação, que por sua vez, contribuiriam para a manutenção do déficit de acesso da população prisional às ações e serviços de saúde.

As hipóteses iniciais delineadas para elucidação do problema apresentado apontam para três pontos principais listados brevemente a seguir. Os dois primeiros incluem a invisibilidade do problema na agenda governamental de políticas públicas e a falta de sustentabilidade política do PNSSP, como hipóteses distintas, mas aqui compreendidas em associação. O déficit de acesso da população prisional às ações e serviços de saúde não seria compreendido como um problema social relevante, seja no âmbito da sociedade civil, que por vezes reforça a intensificação do aspecto punitivo em detrimento da garantia de direitos; seja por parte dos próprios políticos que não possuem grande interesse na atuação em prol desse público, visto a baixa possibilidade de retornos eleitorais, por exemplo. Assim, o PNSSP surge possivelmente de acordos internos entre segmentos da burocracia estatal, e assim, sem maior reconhecimento e mobilização dos demais atores, a falta de acesso da população prisional aos serviços de saúde não se tornou um problema político capaz de disputar importância significativa na agenda governamental, tendo como consequência baixos investimentos e capacidade operacional.

Terceiro, levanta-se como fator hipoteticamente relevante a existência de um duplo conflito, de integração intergovernamental e intersetorial. Este conflito se instaurou, inicialmente, pela necessária integração de duas políticas públicas que se organizam de formas distintas no que diz respeito às responsabilidades dos entes federativos – por um lado a execução penal centralizada estadualmente e por outro a saúde pública descentralizada ao nível municipal. Além disso, a articulação entre os setores da saúde e execução penal, indispensável à implantação do PNSSP, colocaria em contato valores e lógicas de funcionamento bastante conflitantes.

## **2. Abordagens teóricas da análise de políticas públicas na perspectiva da Ciência Política**

Este capítulo tem como intuito apresentar o marco teórico que subsidia a análise realizada sobre o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, para tanto foi estruturado em quatro seções. Primeiramente, compreendemos como necessária uma breve apresentação da clássica abordagem do ciclo de políticas públicas desenvolvido por Harold Lasswell, bem como das principais críticas atribuídas a esta abordagem. A escolha por iniciar desde ponto deve-se à importância que esta sistematização possui no campo da análise de políticas públicas que, a despeito das pertinentes críticas atribuídas ao mesmo, segue, ainda hoje, considerada como uma importante ferramenta elucidativa do processo de políticas públicas.

A segunda seção trata das diferentes abordagens teóricas sobre a formação da agenda, desenho e implementação de políticas públicas. Tendo em vista a intensa focalização das pesquisas existentes em cada uma das fases do processo de políticas públicas, o intuito desta seção é trazer uma ideia geral sobre os elementos relevantes apontados na literatura sobre cada um destes momentos.

Em seguida, a terceira seção, versará sobre o modelo analítico desenvolvido por Anne Schneider e Helen Ingram - abordagem analítica a qual nos filiaremos para o desenvolvimento deste trabalho e que propõem a análise de políticas públicas sob a ótica da democracia. Nesta abordagem as autoras propõem uma releitura do processo de políticas públicas, considerando o público alvo como elemento analítico central e trazendo ferramentas para reflexão sobre papel que as políticas públicas tem na transformação ou manutenção das desigualdades sociais e políticas existentes. As autoras defendem, assim, que as experiências de interação entre as políticas públicas e seu público alvo promovem ensinamentos políticos, tais como, compreensão em relação ao papel do governo, concepção de cidadania e padrão de participação. Estas experiências e ensinamentos podem, por consequência, favorecer ou fragilizar os valores e instituições democráticas. Neste contexto, a construção social e extensão do poder político do público alvo alcançam relevo significativo, sendo considerados como variável independente na análise das decisões tomadas no processo de políticas públicas.

Por fim, na quarta e última seção trabalhamos a delimitação das categorias analíticas a serem utilizadas em nosso trabalho, considerando o marco analítico proposto por Schneider & Ingram como arcabouço ao qual agregaremos, também, as contribuições advindas da literatura sobre formação da agenda, desenho e implementação de políticas públicas.

## **2.1. A abordagem do Ciclo de Políticas Públicas**

Muitas são as definições acerca da natureza das políticas públicas. No entanto, para a maioria dos estudiosos a análise de políticas converge seu foco central para a compreensão da dinâmica das escolhas realizadas pelos governos, no contexto das democracias estáveis (DELEON, *ibidem*; SOUZA, 2007). Um dos autores citados frequentemente como percussor do estudo das políticas públicas na perspectiva da ciência política é Harold D. Lasswell, que defendia que a análise de políticas públicas implica em identificar os atores envolvidos, suas preferências e as consequências das disputas entre os mesmos. Este autor foi quem formulou a primeira proposta de sistematização do processo de produção de políticas públicas, chamado ciclo de políticas, composto por 7 fases ou estágios: *inteligência, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término, avaliação*.

Tal perspectiva alcançou grande importância enquanto marco analítico referencial, influenciando toda uma geração de pesquisas sobre políticas públicas e promovendo o desenvolvimento do campo teórico a partir do surgimento de diversas variações de tipologias sobre os estágios por Brewer e Deleon (1983), May e Wildavsky (1978), Anderson (1975), e Jenkins (1978), bem como de abordagens alternativas de análise das políticas públicas. Todavia, a abordagem teórica do ciclo de políticas públicas também instigou pesquisas focadas, especialmente, em alguma de suas fases, fortalecendo uma compreensão equivocada do mesmo, na qual as características de interatividade e retroalimentação são negadas em detrimento do pressuposto da linearidade entre os estágios (DELEON, 1999). Diversas foram as críticas estendidas à abordagem apresentada pelo autor, referindo-se principalmente à simplificação com que trata o processo político, tendo em vista que este não se desenvolve necessariamente sob um padrão de sequências lineares mas, ao contrário, seus estágios frequentemente encontram-se intrincados em um processo contínuo. Além disso, as críticas também apontam para a invisibilidade que o modelo do ciclo de política oferece ao papel do conhecimento, das idéias e da aprendizagem no processo político, ignorando-as como

variáveis independentes influentes em todas as fases do processo político, não apenas na fase de avaliação (JANN & WEGRICH, 2007; SABATIER, 1993).

Paul Sabatier, um dos importantes críticos da teoria do ciclo de políticas públicas, alerta que o uso acrítico deste modelo inibe o crescimento científico em vez de promovê-lo. Neste sentido o autor aponta para a necessidade de buscar teorias alternativas, de maior capacidade explicativa, que busquem melhor explicitação acerca da causalidade dos fenômenos que envolvem o desenvolvimento de políticas públicas (SABATIER, *ibidem*).

Atualmente, a tipologia mais convencional utilizada tem sido composta pelas seguintes fases: *definição de agenda, formulação de políticas, implementação e avaliação* (JANN & WEGRICH, 2007). Deste modo, a definição de agenda refere-se ao processo no qual os problemas públicos compreendidos como relevantes emergem a arena decisória governamental. A fase de formulação de políticas, também conhecida como fase do desenho, compreende o momento no qual são elencadas e definidas as regras e ferramentas que delinearão a política pública. As fases de implementação e avaliação, por sua vez, são, respectivamente, o momento de execução das ações previstas e a análise dos resultados alcançados.

Por fim, seguindo apontamentos tecidos por deLeon (1999), consideramos que a perspectiva do ciclo de políticas públicas segue ainda como uma importante referência para o desenvolvimento das pesquisas, especialmente pelo valor heurístico que a abordagem carrega, servindo de base para visualização e categorização de atores e ações, ajudando assim a desvendar e elucidar os processos envolvidos.

## **2.2. Abordagens Teóricas sobre a Formação de Agenda, Desenho e Implementação de Políticas Públicas.**

### **2.2.1. A Formação da Agenda Governamental**

Muitos esforços têm sido feitos entre os pesquisadores do campo de políticas públicas para se compreender o processo político que envolve o reconhecimento e incorporação na agenda governamental de determinado assunto público em detrimento de outros. Nessa perspectiva a literatura tradicional tem ressaltado a importância da ação de grupos de interesses, das ideias, da imagem das políticas e comunidades epistêmicas.

Joan Subirats (1989) defende que o acesso de determinado tema à agenda governamental depende, em grande medida, do impacto social gerado pela resolução do problema, ou seja, da extensão em que pessoas e interesses serão afetados pelo problema e por suas soluções, bem como do nível de organização dos grupos ou atores envolvidos. Essa perspectiva vem ao encontro da análise realizada pelas principais correntes teóricas do pluralismo, elitismo e neo-marxismo, focando-se essencialmente na disputa de interesses e na extensão do poder político.

Outros autores têm alertado para a importância das ideias na conformação dos interesses dos atores. Campbell (2002) considera que fatores como visões de mundo, valores, construções identitárias, enquadramento do problema e perspectivas programáticas podem limitar as possíveis alternativas consideradas pelos atores no processo de tomada de decisão.

Considerando a importância das ideias na formação a agenda, Fuks (2000), por sua vez, ressalta a importância da dinâmica argumentativa como ferramenta para a disputa pela caracterização dos assuntos públicos. O autor defende que a forma como o assunto é apresentado nas arenas públicas determina o envolvimento dos atores na política, a manutenção ou não do tema na agenda bem como as opções de alternativas a serem escolhidas. Assim sendo, o reconhecimento de um problema público, para Fuks (*ibidem*), não se dá em função de características intrínsecas do assunto em questão. Ao contrário, a disputa estaria centrada no enquadramento dado a um determinado problema, que orienta o debate público para determinado tipo de solução, para o envolvimento e mobilização de determinados setores sociais e, ainda, contribui para o agregado de valores e ideias que compõem o chamado senso comum.

O modelo de Equilíbrio Interrompido (*Punctuated equilibrium*), elaborado por True, Baumgartner e Jones (2007), traz algumas categorias explicativas para auxiliar na compreensão do processo de mudança das políticas públicas, partindo da defesa de que os processos políticos são guiados pela lógica da estabilidade e do incrementalismo. Para tanto, os autores focam na definição do problema e no processo decisório, alegando que as mudanças de políticas públicas ocorrem através da interação entre as estruturas institucionais responsáveis pelo processo decisório e as *policy images*. Dessa forma, True, Baumgartner e Jones destacam o papel dos subsistemas de políticas enquanto mecanismos que permitem ao sistema político lidar paralelamente com grande diversidade de assuntos públicos. Esta setorialização do processo decisório acarretaria maior equilíbrio de interesses e elevação da

capacidade política para realização de ajustes e adequações decorrentes do processo de barganha, refletindo, por sua vez, em um conjunto de mudanças incrementais. Assim, no que se refere ao processo decisório, os autores atribuem a estabilidade à captura dos temas pelos subsistemas de políticas, devido à dispersão e tendência de insulamento que tal processo produz, evitando o acesso dos mesmos à *high-agenda* de políticas, onde teriam maiores chances de provocar mudanças significativas. Tais características do processo decisório associam-se, por sua vez, às transformações ocorridas na imagem da política pública – informações empíricas, apelos emotivos e valores conectados ao núcleo central da política. Desse modo, a contestação da imagem de uma política, geralmente pela incorporação de novos atores dotados de influência política, pode contribuir para que novas mobilizações elevem o tema para agenda macropolítica (*high-agenda*). Ainda, as características conservadoras das instituições políticas, aos resistirem a mudanças<sup>27</sup>, são também apontadas com intervenientes (Ibid.).

Outra abordagem que tenta explicar a inserção de temas na agenda é o modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Stream*), de Jonh Kingdon. Sob influência da abordagem conhecida como *Modelo da Lata de Lixo* (COHEN; MARCH; OLSEN, 1972), Kingdon (1995) se reporta a existência de 3 dinâmicas/fluxos de processos independentes para explicar como são estabelecidas as agendas governamentais: a dos problemas, a política e a das políticas públicas. Assim, o fluxo dos problemas visa explicar os meios pelos quais os atores tomam conhecimento das situações, bem como a forma pelas quais essas situações são definidas como problemas. Nesse sentido, o autor afirma que as modificações de indicadores, o *feedback* de programas existentes bem como os eventos-foco tais como desastres e crises podem chamar atenção para determinadas situações favorecendo o reconhecimento das mesmas enquanto problemas. Já o fluxo da política aponta que mudanças de governo, negociações entre partidos, atuação da oposição, dos grupos de interesse e os desdobramentos destas negociações e pressões possuem reflexo no reconhecimento de problemas e na formulação de agenda. Ainda, o autor destaca que o arcabouço institucional, as regras de procedimentos, jurisdições existentes, fórmulas de tomada de decisão e outras exigências deste aspecto impõem restrições aos atores políticos, estabelecendo limites para sua atuação. Tal perspectiva visa, portanto, destacar que os eventos políticos, apesar de possuírem

---

<sup>27</sup> Importante destacar aqui que o estudo de Baumgartner & Jones tratam do sistema político norte-americano e suas instituições.

dinâmica própria, são também capazes de favorecer ou prejudicar a entrada de determinado tema na agenda. Por fim, o fluxo das políticas públicas aponta para a especificação das alternativas possíveis. Kingdon (1995) destaca que a comunidade de especialistas, composta por pesquisadores, acadêmicos, consultores, burocratas de carreira, funcionários do Congresso e analistas que trabalham para grupos de interesse, tem papel fundamental para o surgimento de alternativas para políticas públicas. Assim, o autor explica que o fluxo de políticas públicas pode ser compreendido como um processo de seleção de alternativas possíveis, que se desenvolve sob os seguintes critérios: viabilidade técnica, compatibilidade de valores entre os membros da comunidade de especialistas da área e antecipação de restrições, tais como restrição orçamentária e receptividade dos políticos e da população em geral.

Considerando os demais modelos teóricos que visam explicar o processo de formação de agenda, Kingdon (1995) defende a importância atribuída às ideias no processo de avaliação e deliberação das propostas, para além do apoio político também importante. Isto posto, Kingdon (1995) afirma que

Os problemas são identificados e definidos de acordo com processos que são diferentes daqueles nos quais as políticas públicas são elaboradas, ou de como se dão os eventos políticos. As propostas de políticas públicas são desenvolvidas de acordo com critérios próprios de incentivos e seleção, independente do fato de constituírem soluções para determinados problemas ou uma resposta a deliberações de ordem política. Eventos políticos seguem sua própria dinâmica e as suas regras, independente de estarem associados a problemas ou propostas. (p. 201)

Sendo estas três dimensões do processo de formação da agenda (*problemas, política e políticas públicas*) tomadas como independentes, o autor defende que o que torna possível a emergência de um tema na agenda de decisões é o encontro destas 3 dimensões. Ou seja, a probabilidade de um item tornar-se prioritário na agenda governamental e desencadear uma intervenção torna-se imensamente maior quando o problema e as propostas de políticas estão ligados e alcançam boa receptividade na esfera política. Este momento de união dos três fluxos é chamado por Kingdon (1995) como *janela de políticas públicas*. As janelas são abertas por eventos que acontecem tanto no fluxo dos problemas quanto no fluxo das políticas públicas, havendo, portanto, as chamadas *janelas de problemas* e *janelas de políticas públicas*. Assim, quando uma janela se abre, os problemas e propostas são trazidos à tona, sendo fundamental que defensores de determinadas propostas estejam atentos às oportunidades.

Isto posto, de forma geral, podemos dizer que as abordagens sobre agenda de políticas públicas nos oferecem ferramentas importantes para compreensão do modo como os problemas são avaliados e selecionados para a conformação da ação estatal.

### **2.2.2. Desenho de Políticas Públicas**

Também existem pontos de vista divergentes acerca da atividade de formulação ou concepção do desenho das políticas, momento este em que as regras que organizarão a política pública são elaboradas e definidas pelas autoridades governamentais. Este momento do ciclo de políticas públicas tem sido identificado como fase crítica do processo decisório, uma vez que a definição de alternativas aos tomadores de decisão influencia diretamente a escolha da política final.

Alguns pesquisadores (INGRAHAM 1987; LINDER & PETERS 1985 – apud SIDNEY, 2007) vêem este momento como uma fase meramente técnica, levando-os a caracterizar as políticas como "mais" ou "menos" projetadas, ou "bem" ou "mal" concebidas. Assim, esses autores descreveriam uma política de bem-concebida se uma análise cuidadosa da relação entre meios e fins houvesse sido realizada antes a sua adoção (SIDNEY, 2007).

Outros (KINGDON, 1995; SCHNEIDER & INGRAM, 1997; BOBROW & DRYZEK, 1987; PEDRA, 2001 – apud SIDNEY, 2007) tendem a entender o desenho como fruto do processo político anterior a cada escolha. Assim, ao invés de esperar por um projeto de política racional, eles esperam que projetos falhem em sua coerência ou consistência, como resultado do processo de contestação que os produziu (ibidem). É neste sentido que se localiza o interesse da ciência política acerca das questões envolvidas na formulação do desenho de políticas, buscando compreender os mecanismos pelos quais o processo de definição de alternativas exprime e aloca poder entre interesses sociais, políticos e econômicos.

Assim, os estudiosos da formulação de políticas ocupam-se de uma variedade de questões. Eles examinam os fatores que influenciam a forma com que os atores elaboram as alternativas, como e por que as alternativas políticas específicas permanecem ou caem fora da agenda de decisão, procurando entender o contexto em que as decisões são tomadas.

A relação existente entre pesquisa de soluções pré-existentes e criatividade na formulação de alternativas é um tema que tem ocupado estudiosos do desenho (ALEXANDER, 1982; WIMER, 1982). Isso teria implicações na previsibilidade e na

racionalidade do processo decisório (Idem, 1982). Todavia, apesar dos poucos estudos empíricos na área, os dados existentes apontam que o método de pesquisa, a partir da busca de outras experiências de políticas, parece ser mais frequente que a criatividade para explicar a formulação de alternativas (Idem, 1992). David Weimer (1992) afirma que a lista de soluções genéricas auxilia na escolha, contribuindo para o reconhecimento das vantagens e desvantagens, uma vez que possibilita a comparação e avaliação das alternativas apresentadas a partir das particularidades do contexto político e institucional no qual as mesmas serão implantadas.

Por outro lado, Ernest Alexander (1982) destaca que um ambiente rico de informações e a utilização de técnicas como *brainstorming* favorecem o processo criativo, sendo, todavia, fundamental a existência de um contexto institucional permeável a mudanças. Nesse sentido, alternativas tendem a serem poucas e semelhantes quando os tomadores de decisão compartilham um conjunto restrito de valores, e mesmo as opções não consensuais, ainda que superficiais, não são problematizadas, sendo arquivadas sem uma reflexão séria (Ibid.).

Assim, na discussões sobre a elaboração de alternativas os autores chamam atenção para importância do contexto da tomada de decisão, uma vez que os instrumentos genéricos bem como a criatividade só poderão operar na formulação de soluções somente se favorecidas pelo contexto político e organizacional, ou seja, não existem, a priori, alternativas adequadas a qualquer realidade (Idem, 1992). Nessa busca pela compreensão do contexto da tomada de decisão são evidenciados os aspectos institucionais - tais como leis, constituições e regras existentes que organizam o processo político e moldam as preferências e estratégias dos atores envolvidos -, aspectos da construção simbólica no plano das ideias, que atribuem significado e justificam a política pública em si, e também os aspectos políticos, como a capacidade de influência e controle da agenda para garantir a adoção da política desejada e a existência de grupos de interesse em torno da questão para qual está sendo formulada a intervenção. Dessa forma, é importante perceber que alguns temas têm a capacidade de envolver grupos organizados que se mostrarão ativos na definição do problema e reposição de alternativas, oferecendo uma variedade de ideias e apresentando o desafio do alcance do equilíbrio entre os interesses presentes e o alcance dos resultados ótimos (SIDNEY, 2007). Outros temas, por sua vez, estão longe do olhar de grupos de interesse, deixando o processo de formulação de soluções fora do debate público e, por vezes, até mesmo da atenção dos tomadores de decisão.

Portanto, para além de uma atividade meramente técnica e burocrática, os elementos políticos relacionados à disputa de interesses, ideias e poder, também se encontram presentes no momento da elaboração da ação governamental e desempenham um papel importante na formação das alternativas políticas que emergem.

### **2.2.3. Implementação de Políticas Públicas**

Durante muitos anos a implementação foi um estágio do ciclo de políticas desprezado no campo de sua análise, sendo considerada por vários estudiosos como o “elo perdido” (MENY & THOENIG, 1992; HILL, 2006; VELARDE, 2007) na análise da ação governamental. Tal assertiva baseava-se na não consideração pelos estudiosos dos fatores relacionados ao processo de implementação nas análises sobre o insucesso das políticas governamentais, considerando, assim, tal fase do processo político como mera execução do plano de ação. (HILL, 2006; JANN E WEGRICH, 2007, PÜLZL AND TREIB, 2007).

Sob a visão tradicional acerca da ação governamental, a implementação veio sendo compreendida como um conjunto de ações que permitem o alcance dos objetivos e metas traçadas no processo de elaboração da política pública. Os teóricos da abordagem, conhecida como *top down*, enfatizam a centralização das decisões políticas, a hierarquia, clareza de objetivos, delegação de responsabilidades e o monitoramento como fatores decisivos para efetiva implementação das políticas, desconsiderando o impacto das ações dos implementadores na execução e negando os efeitos retroalimentadores da implementação sob o processo de formulação da política pública (PÜLZL & TREIB, 2007; SILVA & MELO, 2000). Dessa maneira, a abordagem *top down* remete ao processo de tomada de decisão o papel crucial do desenvolvimento de políticas adequadas e enxerga a implementação como o momento de execução das decisões previamente tomadas, tendo o sucesso ou fracasso dos resultados relação direta com a capacidade dos órgãos executores em cumprir o que foi delegado (GRINDLE & THOMAS, 1991). Tais posicionamentos fizeram com que os estudos de implementação não tivessem por muito tempo sua importância reconhecida dentro do estudo do processo político que envolve a formação de políticas públicas. No entanto, as explicações fornecidas sobre a formação da agenda e a tomada de decisão inicial não foram suficientes para se elucidar todo o enredo teórico em que o processo de iniciativas de políticas públicas está envolvido. Diversos autores (LIPSKI, 1996; GRINDLE & THOMAS, 1991;

MAJONE&WILDAVSKY, 1984) têm atentado para a influência que a implementação possui no surgimento de novas alternativas e na reformulação das decisões tomadas anteriormente. Tais apontamentos reforçam a percepção de que a implementação não se caracteriza mais como o “elo perdido”, ou seja, como uma etapa independente na formulação da política pública. Ao contrário, diversas decisões são tomadas cotidianamente pelos implementadores no decorrer do processo de implementação, fazendo por vezes com que o conteúdo da política seja transformado ao longo da sua execução (MAJONE & WIDALVSKY, 1984).

Estes autores constituíram assim a abordagem conhecida como *botton up*, apontando para a falta de controle do processo de execução por parte daqueles que tomam a decisão, ou seja, dos formuladores da política, ressaltando a importância que a burocracia de ponta (*street-level bureaucrats*) possui no processo de elaboração das políticas públicas e na determinação de sua natureza e resultados. Nesse sentido, Lipsky (1996) argumenta que a influência da burocracia de ponta se dá especialmente a duas características existentes, relacionadas ao local em que ocupam na instituição de trabalho, sendo estas: “altos níveis de discricionariedade e autonomia relativa a respeito da autoridade organizativa<sup>28</sup>” (p.281). Tais características possibilitariam a estes atores incorporarem seu estilo individual de atuação ao comportamento do órgão implementador através da tomada de decisões que afetam os diretamente os cidadãos atingidos pelas políticas públicas. A justificativa apresentada pelo autor para a existência desta discricionariedade é que o trabalho da burocracia de ponta se dá em situações demasiadamente complexas para serem reduzidas a formatos programáticos, ou seja, estes trabalhadores lidam frequentemente com situações que requerem respostas nas quais as dimensões humanas e as circunstâncias especiais próprias da dinâmica social sejam consideradas. Assim, para Lipsky (Ibid.), ainda que a burocracia de ponta não possa, de forma

---

<sup>28</sup> A despeito da pertinência do argumento acerca do papel da burocracia implementadora na determinação da natureza e nos resultados alcançados pela política pública, vale destacar a existência de grandes disparidades entre categorias profissionais no que se refere à discricionariedade e autonomia apontadas pelo autor. Assim, nos faz necessário compreendermos esta burocracia também enquanto um conjunto heterogêneo, e que pode apresentar graus diferenciados de autonomia, mesmo dentro de um mesmo setor governamental. Tal fato é facilmente compreensível quando observamos a implementação da política de saúde. Por outro lado, faz-se importante atentarmos, além da discricionariedade e autonomia, a outros fatores que poderiam também intervir no processo de implementação, como por exemplo, a existência de conflitos de interesses no interior da burocracia implementadora; ou mesmo a ocorrência de fatos políticos como mudanças de governo ou o enxugamento de orçamento.

alguma, estabelecer os limites da intervenção estatal, a discricionariedade exercida pela mesma contribui para a legitimação dos serviços de bem estar, na medida em que aumenta a auto-estima dos trabalhadores e induzem os cidadãos a crerem que estes possuem as soluções para o seu bem estar.

Grindle (Ibid), por sua vez, reforça também a defesa de que uma decisão afirmativa acerca de determinada ação governamental não se dá em um momento único, apontando que esta pode ser retificada durante o processo de implementação, em resposta aos obstáculos, mudanças de condições e as prioridades existentes. Isto faz com que a autora classifique a implementação como a fase mais importante do processo das políticas públicas, posto ser este o momento em que se estabelece o desafio de tornar realidade a política pública, sendo, portanto,

um processo interativo e constante de adoção de decisões que tomam os pequenos grupos de responsáveis pela adoção e administração das políticas, respondendo às reações reais ou previstas frente às iniciativas dos reformadores.<sup>29</sup> (GRINDLE, ibidem; p. 04, tradução nossa)

Dessa forma, a autora aponta que, durante o processo de implementação, os grupos afetados pela ação política ou aqueles que por ventura veem seus interesses relacionados àquela iniciativa, podem desencadear reações de apoio e/ou oposição, sendo a natureza, intensidade e localização destas reações os fatores que determinarão os resultados da política em questão. Nesse sentido, para além de ressaltarmos a importância da burocracia nos processos decisórios inerentes ao período de implementação num contexto federativo, faz-se necessário também pontuar a importância dos atores dos diferentes níveis governamentais, tendo em vista que diversas inovações e reposicionamentos políticos podem ocorrer em instâncias subnacionais e se reverberarem posteriormente para as instâncias nacionais. (SABATIER, 2007).

Isto posto, a implementação pode ser vista como um processo de interação e evolução. Em outras palavras, as políticas públicas são consideradas como ferramentas genéricas, que vão tomando forma a partir da busca de soluções aos problemas e constrangimentos legais, de tempo, dinheiro, procedimentos, dentre outros tantos, em grande

---

<sup>29</sup> No original: “(...) la ejecución es un proceso interactivo y constante de adopción de decisiones que toman los pequeños grupos de responsables por la adopción y administración de las políticas, respondiendo a las reacciones reales o previstas frente a las iniciativas reformadores.”

parte imprevistos, e que se manifestam ao longo do processo de execução. No entanto a implementação não inclui somente a busca de respostas, mas também a formulação de novas questões, novos problemas e novas soluções (MAJONE & WIDALVSKY, idem).

Diante do exposto, nota-se a importância de observar as variáveis existentes no processo de implementação para a análise das políticas públicas. Todavia, apesar das particularidades inerentes a este momento do ciclo de políticas públicas, devemos ficar atentos, como nos alerta Hill (2006), aos possíveis problemas metodológicos decorrentes e uma distinção extrema ou dissociação desta das demais fases do processo político que envolve as políticas públicas – lembrando que apesar das razões que nos levam a distinguir e estudar os diversos estágios da política, estes são interdependentes entre si.

### **2.3. Análise de políticas públicas sob a ótica da democracia**

Anne Schneider e Helen Ingram são as principais autoras que propõem a análise de políticas públicas sob a ótica da democracia<sup>30</sup>, oferecendo importante contribuição teórica através do livro *Policy Design for Democracy* (1997). Nesta obra as autoras concentram esforços em demonstrar que o desenho de políticas é um produto do contexto social e político que contribui para a manutenção ou transformações de padrões de interação social e política, contribuindo conseqüentemente ao reforço ou enfraquecimento de valores democráticos.

As autoras partem da análise crítica das teorias tradicionais contemporâneas, como pluralismo, teoria da escolha pública, *policy science* e *critical theory*, reconhecendo as contribuições que estas trazem para a análise de políticas públicas, no que se refere a compreensão da influência do poder político e das instituições no processo de formulação de alternativas; o papel das burocracias especializadas na construção do desenho; o reconhecimento das políticas públicas como uma alternativa capaz de resolver problemas

---

<sup>30</sup> As autoras não explicitam em sua obra a definição de democracia que assumem, todavia nos parece que as mesmas se apoiam na dimensão da igualdade política e discussão acerca da distribuição de poder entre os diferentes atores sociais e políticos. Assim, elas parecem deixar de lado em sua análise outros aspectos importantes às democracias representativas modernas, dos quais podemos citar: o sufrágio universal; a existência de eleições livres e regulares, a liberdade individual, incluindo nesta a dimensão da liberdade de expressão; e a instituição de um arcabouço mínimo de direitos fundamentais. Todavia, ciente das controvérsias que poderiam entrar em jogo na análise final da contribuição da política pública para consolidação do sistema democrático, entendemos que o modelo proposto oferece importantes considerações no que se refere às possibilidades de contribuição das políticas públicas na ampliação do grau de igualdade política e promoção do desenvolvimento humano em sociedades democráticas.

coletivos e a concepção de construção social da realidade. Contudo, apontam que nenhuma destas conseguiu desenvolver um arcabouço adequado para explicar os elementos que orientam a elaboração das políticas públicas e suas consequências sobre os cidadãos e a democracia. Assim, a partir da análise das teorias existentes e propostas de tipologias para análise de políticas públicas, as autoras enfrentam o desafio de produzir um *framework* conceitual com o objetivo de descrever e comparar os desenhos de políticas, sem desconsiderar a complexidade dos mesmos, enfatizando o processo político pelo qual são criados, bem como traduzir os efeitos que estes produzem sobre a democracia. A principal preocupação das autoras se refere aos efeitos que as políticas provocam nas instituições democráticas, na capacidade que as mesmas possuem em resolver os problemas, promovendo justiça social e cidadania. Para elas, “*políticas são lições de democracia*”, uma vez que ensinam para a sociedade sobre a importância de determinados temas e setores sociais, podendo estimular a participação política e a cidadania<sup>31</sup>, ou promover marginalização e segregação social.

Nesta abordagem o desenho de políticas é concebido de forma ampliada, não somente como a fase de elaboração das regras. Ao contrário, Schneider e Ingram referem-se a todo o processo que está envolvido na construção da política pública, desde o contexto no qual os problemas são reconhecidos e incorporados na agenda, até a formulação das alternativas, chegando às experiências vivenciadas pelos cidadãos durante o processo de implementação da política. Dessa forma, podemos dizer que as autoras propõem uma nova leitura do ciclo de políticas públicas, integrando os elementos apontados nas correntes teóricas citadas no intuito de desenvolver uma interpretação mais acurada sobre os fatores presentes no processo de formulação de políticas públicas e sua possível contribuição para o avanço da democracia.

Assim, o modelo analítico proposto por Schneider e Ingram (1997) leva em consideração três grandes pilares: *o contexto social*, *o contexto do problema* e *o contexto do desenho da política pública*, no qual se encontram os elementos constitutivos do desenho em si. Estes três pilares se relacionam entre si, estabelecendo uma relação causal cíclica (Figura 01).

---

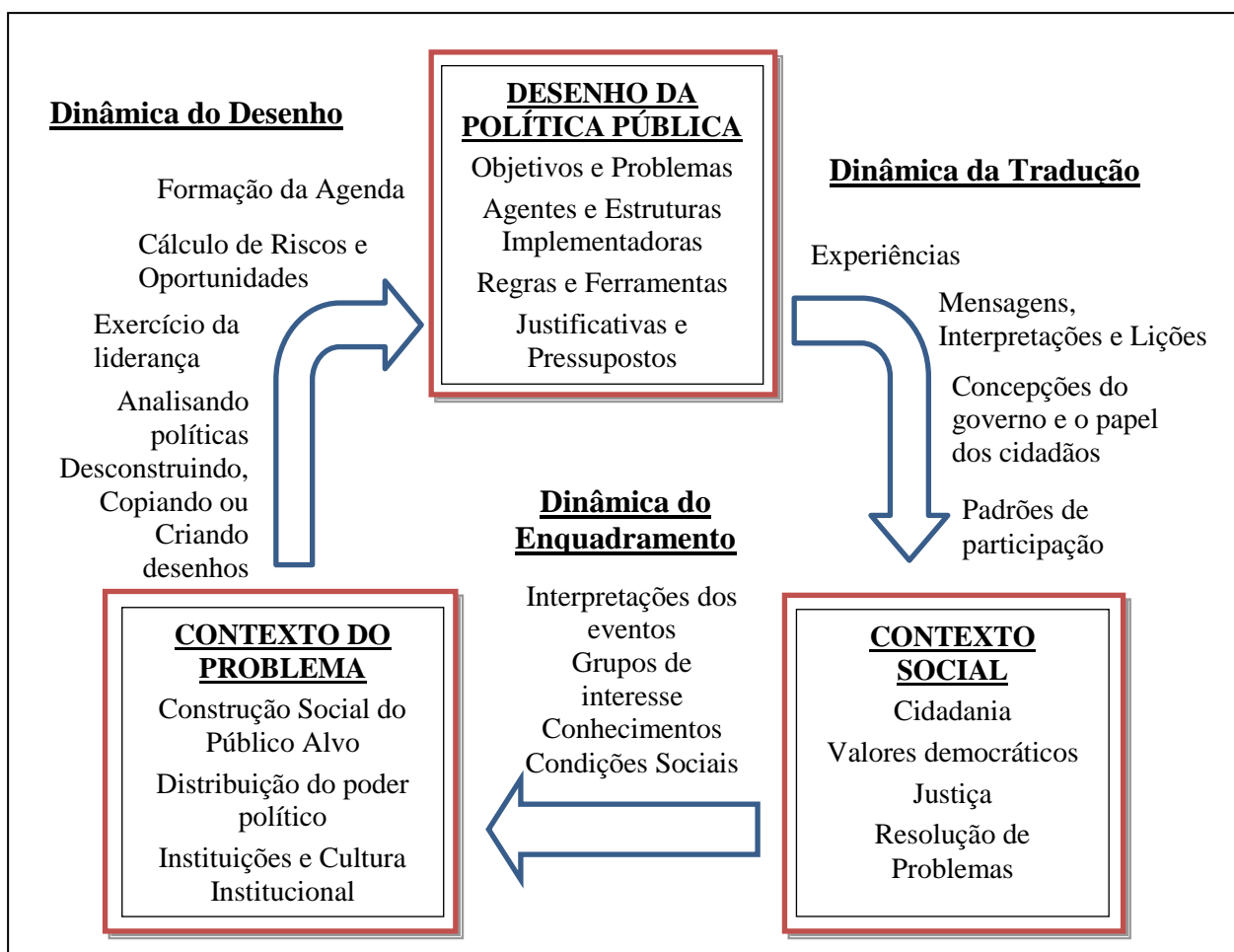
<sup>31</sup> Cidadania é o termo usado pelas autoras, todavia entendemos que o mesmo poderia ser melhor compreendido neste contexto como inclusão social.

O contexto social é o primeiro quadro apresentado pelas autoras por considerarem que nele se encontram “*todos os ingredientes da vida pública*”, ou seja, os aspectos sociais, políticos, históricos, físicos e psicológicos de um povo<sup>32</sup>. Estes ingredientes, por sua vez, se interagem no processo de construção social, formando estereótipos sobre determinados grupos sociais, podendo ser positivos, negativos, ou mesmo indeterminados. Para além da referência aos valores, fatos históricos, influências de eventos políticos, da mídia, dos ritos e crenças religiosos, da literatura, música, ciência e outros fatores que estariam envolvidos no processo de construção social do mundo, a concepção de construção social defendida no modelo proposto parte da análise das condições materiais de determinados grupos e das implicações das desigualdades existentes em suas representações.

---

<sup>32</sup> Vale pontuar a amplitude do conceito de contexto social utilizado pelas autoras, não oferecendo nenhum destaque a algum “ingrediente da vida pública” para a análise do contexto. Apesar de posteriormente definirem “as condições materiais” como ponto de partida, estas não explicitam, por exemplo, se a análise do contexto social proposta é realizada sob a perspectiva classista, como os marxistas na qual a esfera econômica aparece como a base da análise das condições materiais.

Figura 1- Modelo analítico do processo de políticas públicas proposto por Schneider & Ingram.



Fonte: SCHNEIDER & INGRAN (1997); tradução

Nesse sentido, as autoras apontam a construção social do público alvo como um dos elementos envolvidos no cálculo de risco eleitoral dos políticos, que ao definir sobre a implantação de determinada política pública, analisam a repercussão política da oferta de benefícios ou restrições a determinados grupos sociais. Ou seja, para elas, “a construção social [do público alvo] influencia a agenda política e seleção das ferramentas das políticas bem como as racionalidades que legitimam as escolhas.” (Idem, 1993; p. 1). Associado a este elemento, aparece outra categoria analítica essencial para Schneider & Ingram, a extensão do poder político do público alvo. Juntos estes fatores influenciariam todas as fases da política pública. Mais adiante trataremos mais em detalhe da influência destes fatores no modelo proposto pelas autoras.

Por outro lado as autoras incorporam na análise os elementos trazidos pela literatura sobre formação da agenda governamental, destacando a relevância dos grupos de interesses, partidos políticos, processo eleitoral e mídia no reconhecimento dos problemas e eleição dos grupos sociais a serem beneficiados ou onerados por determinada política. Destacam ainda as características das instituições, configurando-se como elemento fundamental na construção do problema, uma vez que através das suas normas, valores e formas de operação, as instituições produzem cultura e processos que favorecem a emergência de determinados tipos de problemas e desenhos.

No que se refere ao desenho da política pública em si, Schneider e Ingram chamam a atenção para os objetivos e problemas a serem resolvidos, às premissas e justificativas da ação pública, definição do público alvo, características dos agentes e estruturas de implementação, bem como as regras e ferramentas utilizadas para conexão entre os dois últimos. Os agentes implementadores são as instituições que compõem a estrutura formal de governança e que são responsáveis pela execução da política pública. De acordo com as autoras, a análise destes elementos implica no reconhecimento da diversidade de atores que interagem na execução da política e na distribuição de recursos entre os mesmos, ou em cada instituição. Quanto às regras do desenho - procedimentos para as ações relevantes da política, incluindo definições, padrões, critérios para inclusão, participação dentre outros –, estas seriam capazes de reforçar ou alterar a distribuição de poder existente e as concepções de justiça. Como podemos perceber, a dimensão do desenho da política, no modelo proposto pelas autoras, está relacionado especialmente à literatura sobre implementação de políticas públicas.

Isto posto, valendo-se da compreensão de que as políticas públicas possuem uma grande capacidade de distribuir riquezas e outras formas de recursos na sociedade, Schneider e Ingram ressaltam que as decisões tomadas durante todo o processo de política apresentado – ou seja, desde o processo de formação da agenda governamental, a escolha dos objetivos, a definição dos problemas, do público alvo, bem como dos diversos elementos envolvidos no desenho – refletem as condições atuais da democracia, moldam as condições futuras e determinam se as políticas conseguirão resolver problemas ou agravá-los.

### **2.3.1. O Processo Degenerativo de Políticas Públicas**

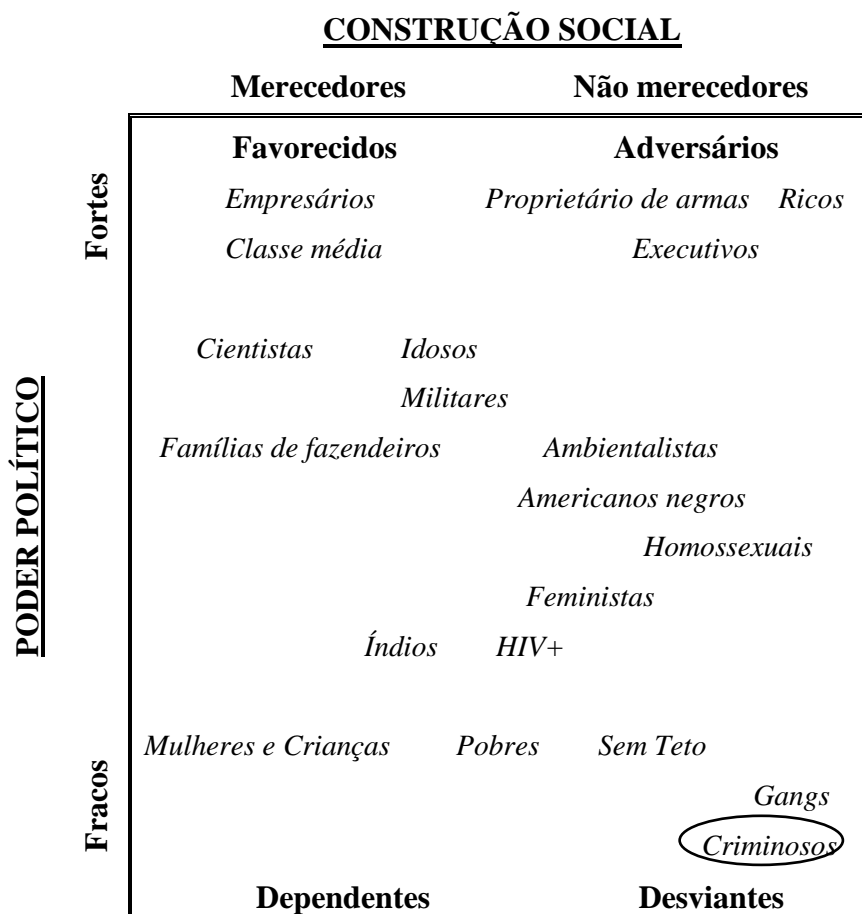
Considerando especialmente o contexto no qual os problemas emergem e as disputas envolvidas no âmbito da definição do problema público e formação da agenda governamental, as autoras destacam a existência de dois principais padrões pelos quais o processo de políticas públicas transcorre, o científico e o degenerativo.

O processo científico é caracterizado pelo domínio da ciência e da técnica, tendo a construção social do conhecimento um papel central na determinação das escolhas durante o processo da política. Este modelo é adotado quando os temas envolvidos não conseguem ser facilmente explorados para ganhos políticos, ou quando os riscos são altos e os líderes políticos estão dispostos a deixar a arena decisória para os experts e especialistas. Assim, os problemas públicos são envolvidos de alta complexidade, sendo necessário o aporte de conhecimentos altamente específicos para sua compreensão. Tal fato, por sua vez, contribui para que os cidadãos se tornem meros “expectadores”, encontrando dificuldades em influenciar a construção do problema na agenda política. Por outro lado, o processo da política pública é classificado como degenerativo quando ele é altamente politizado, ou seja, é marcado pelo foco no cálculo dos riscos e oportunidades políticas. Neste modelo, a construção social do público alvo bem como a extensão do poder que estes grupos possuem no cenário político são elementos centrais para tomada de decisão dos formuladores de política. A interação destes dois fatores faz com que ocorra uma estratificação dos grupos sociais entre “favorecidos”, “adversários”, “dependentes” e “desviantes”. O processo degenerativo é geralmente marcado por estratégias que envolvem a manipulação da construção social dos problemas e do público-alvo de modo a criar oportunidades de ganhos políticos privados, contribuindo, por sua vez, para o reforço do sistema de desigualdades (sociais e políticas) existente e o enfraquecimento da democracia (Ibidem).

Como o intuito de demonstrar como as desigualdades social e política se interagem no contexto dos Estados Unidos para a formação de estereótipos socialmente construídos, as autoras simularam a classificação de diversos setores sociais da sociedade norte-americana por um político hipotético. Assim, as autoras propuseram a divisão de 4 possíveis grupos de público alvo de políticas: os “favorecidos”, que historicamente são beneficiados pelas ações governamentais; os “adversários”, de alto poder econômico e com forte influência política; os “dependentes”, que como o próprio nome já diz, dependem em grande medida da ação

governamental para sobrevivência; e por fim, os “desviantes”, com fraco poder político e construção social negativa, sendo reconhecidos como violentos e perigosos devido a conduta infracional.

Figura 2 - Recursos de poder político e construção social de grupos populacionais caracterizadas por um político eleito hipoteticamente, no contexto da sociedade norte-americana.



Fonte: SCHNEIDER & INGRAN (1997, p. 109); tradução livre, versão reduzida.

Dentre os diversos setores sociais representados, os criminosos apresentaram-se na parte inferior da extrema direita do quadro, correspondendo a uma população com construção social negativa, reconhecida como “não merecedora” de benefícios, e desprovida de poder político.

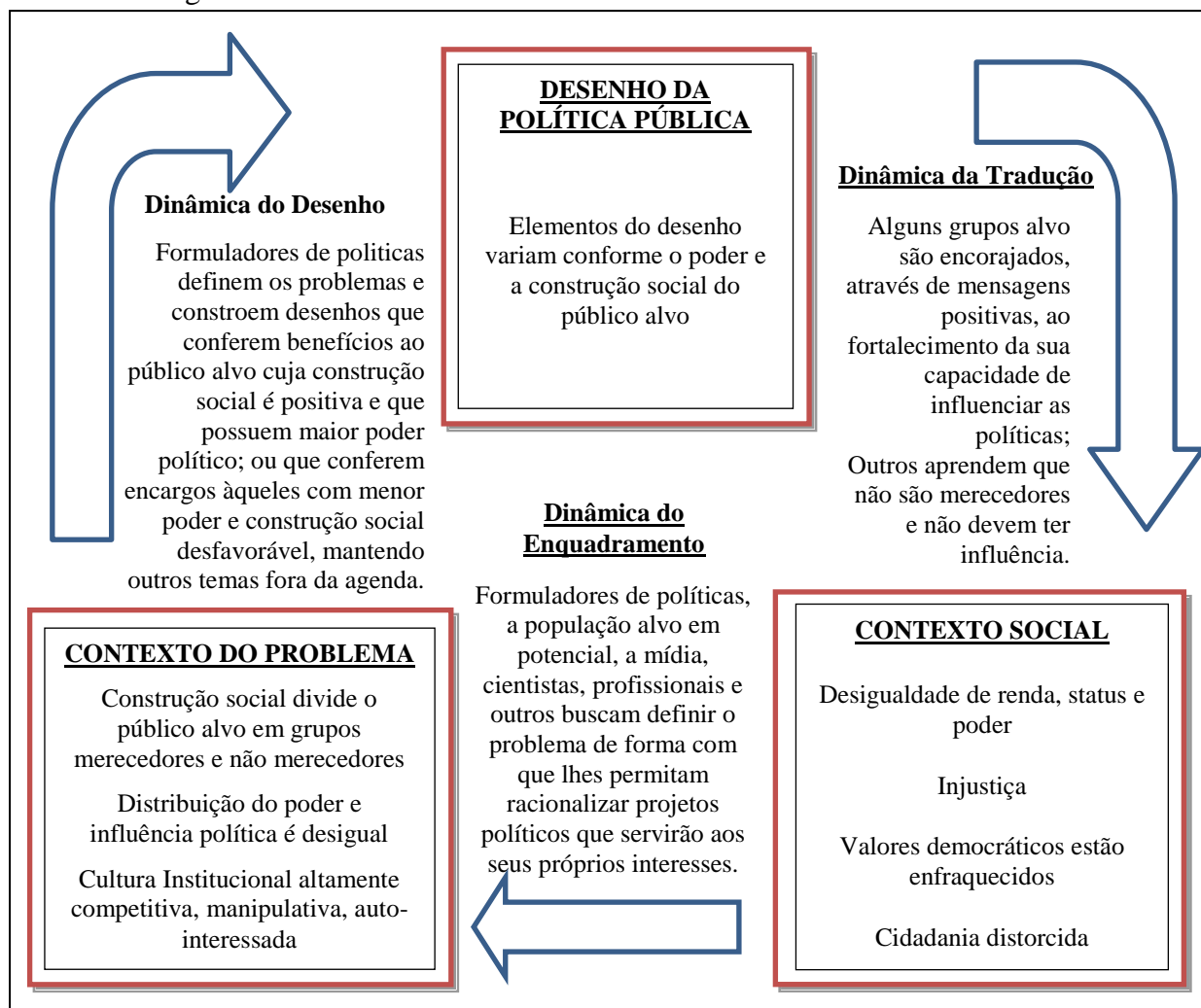
Caso fizéssemos o esforço de reproduzir a metodologia utilizada para análise da construção social no Brasil, provavelmente a classificação de todos estes grupos não se coincidiria, e encontraríamos um cenário diferenciado. No entanto, a despeito das importantes

diferenças de contexto e estrutura social existente em relação à sociedade brasileira, no que se refere à classificação atribuída à população prisional, nos parece ser seguro afirmar que há considerável equivalência. Isto porque ao mesmo tempo em que observamos no Brasil uma forte pulsão social pelo recrudescimento das penas, observamos por outro lado também uma repulsa no que se refere à garantia de direitos sociais como, por exemplo, o auxílio reclusão e acesso a políticas sociais como saúde e educação. Além disso, este setor social é marcado em nosso país também pela baixíssima capacidade de organização e poder político, que pode ser expresso pela ausência de participação política formal, haja vista a suspensão do direito ao voto, ou mesmo ainda na esfera da própria política de execução penal brasileira, que não prevê nenhum mecanismo de participação. Além disso, vale citar também a fragilidade da organização dos movimentos de defesa dos direitos humanos no Brasil, em especial aqueles ligados à defesa dos interesses da população prisional.

Isto posto, faz-se importante destacar que no modelo de Schneider e Ingram o público alvo é considerado como variável independente que explicaria como o processo da política pública se desenvolve. Nesse sentido, diferentes públicos alvo levarão à formulação de diferentes políticas públicas, com benefícios e encargos diferenciados, regras e ferramentas de implementação distintas, que por sua vez levarão a diferentes experiências de interação com o poder público que contribuirão, conseqüentemente, na construção de concepções diferenciadas de cidadania (Figura 03). Todos os elementos constitutivos da política pública, bem como seus efeitos, se diferenciam entre as 4 tipologias de público alvo apresentadas (favorecidos, adversários, dependentes e desviantes).

Convém ressaltar que o modelo não assume uma visão determinista do processo de políticas públicas. Ao apresentar certo padrão de escolhas e de trajetória para políticas públicas voltadas a determinados públicos alvo, as autoras estão tratando de tendências e não de uma realidade imutável e previamente determinada.

Figura 3 - Modelo analítico do processo degenerativo de políticas públicas proposto por Schneider & Ingram



Fonte: SCHNEIDER & INGRAN (1997); tradução livre.

### 2.3.2. Elementos constitutivos das políticas públicas voltadas à população desviante

Considerando o objeto de desta pesquisa, a partir de então, damos enfoque especial a como as autoras caracterizam os elementos que geralmente constituem o processo das políticas públicas voltadas aos grupos desviantes, no qual podemos considerar a população prisional. Como apresentado, no sistema degenerativo não faz sentido gastar recursos para aqueles que não trazem retorno eleitoral ou que possam prejudicar as avaliações dos eleitores em relação a gestão governamental. Nesse sentido, os benefícios ofertados aos grupos desviantes geralmente são provenientes de ações impostas por contrangimentos legais ou

pressões exégenas, uma vez que são baixos os incentivos para inserção deste tema na agenda governamental (SCHNEIDER & INGRAM, 1997).

Além disso, diante de um contexto de recursos escassos e da numerosidade de demandas a serem atendidas - como é o caso da gestão governamental – a adoção de políticas que visam beneficiar um grupo socialmente reconhecido como “não merecedor” (mesmo que este apresente maiores necessidades, ou necessidades mais urgentes) implica necessariamente na redução de recursos a serem destinados ao público “merecedor”, ou aos “cidadãos de bem”.

Somado a isto, a baixa extensão do poder político dos grupos desviantes contribui para sua baixa representatividade nas arenas decisórias e, conseqüentemente, a reduzidas possibilidades de disputa de interesses em torno do tema (Ibid.). Logo, são os constrangimentos legais e a previsão de direitos fundamentais constitutivas no arcabouço do sistema democrático que geralmente explicam e justificam a implementação de algumas políticas sociais voltadas para atenção a este público. Mesmo assim, tais políticas acabam, frequentemente, sendo marcadas pelo baixo financiamento e por alta elegibilidade nos mecanismos de distribuição dos benefícios. Por outro lado, as políticas que atribuem ônus aos “criminosos” possuem forte apelo na agenda, alto financiamento e geralmente indicadas a todo o grupo social (Quadro 02). Para Schneider e Ingram, a adoção deste padrão de distribuição de benefício e ônus para este público alvo pode ser explicada pela baixa capacidade de produção de resistência política associada a alta aprovação popular tendo em vista a construção social negativa desta parcela da população.

Considerando estas maiores possibilidades da atribuição de desvantagens, em detrimento de benefícios, para a população prisional, as autoras afirmam ainda que as regras e ferramentas utilizadas nas políticas voltadas para esse público alvo frequentemente são caracterizadas pelo recrudescimento das sanções, aumento do uso da força, chegando ao extremo da instituição da pena de morte<sup>33</sup>. Quando, todavia, são previstos benefícios a este grupo, estes são oferecidos normalmente através de meios autoritários, que desconsideram a autonomia individual e a capacidade destes sujeitos em decidirem pelo usufruto do benefício adquirido (Quadro 03). Nesse sentido, são citados pelas autoras os programas de reabilitação norte americanos, e de forma análoga, servindo de exemplo no contexto brasileiro, podemos citar a política de enfrentamento às drogas no Brasil, com a adoção de medidas de tratamento compulsório.

---

<sup>33</sup> Como é o caso da realidade norte americana.

Todavia, se por um lado a “necessidade” de maior punição dos criminosos e desviantes e proteção da sociedade em geral justificam a atribuição de desvantagens a esta população, por outro, a oferta de benefícios é justificada pela noção de justiça, igualdade e equidade.

Todos esses fatores contribuem, por sua vez, para o reforço da construção social deste público a partir de um juízo de valor negativo que as enquadram como pessoas más, perigosas, cujo trato do governo deve reproduzir o sentimento de vingança alimentado pela população como símbolo de justiça (Quadro 04). Os criminosos não devem, portanto, ser atendidos pelo poder público em suas necessidades sociais, uma vez que não são merecedores, o que significaria um demérito aos “cidadãos de bem” e um reforço positivo às práticas criminosas. É nesse sentido que as reivindicações por melhorias básicas das condições de vida da população carcerária acabam sendo reconhecidas como privilégios.

Além disso, as dificuldades de organização e de participação dos grupos desviantes no decorrer da implementação das políticas são apontadas pelas autoras como experiência destes indivíduos com o poder público, a partir das quais são transmitidas mensagens de que estes indivíduos não podem se organizar politicamente e que as suas impressões sobre a ação pública não são bem vindas ou importantes.

Quadro 2 - Características comuns do processo degenerativo de políticas públicas no que se refere às escolhas do público alvo (SCHNEIDER & INGRAN, 1997)

	Favorecidos	Adversários	Dependentes	Desviantes
<i>Escolha do público alvo a ser beneficiado</i>				
Representação na agenda	Fortemente representados	Representação fraca	Representação fraca	Quase não há representação
Padrão de Elegibilidade	Universalista	Particularista	Particularista	Muito particularista
Financiamento	Muito Alto	Baixo	Baixo	Muito baixo
<i>Escolha do público alvo a ser onerado</i>				
Representação na agenda	Muito pouco representado	Forte representação	Alguma representação	Fortemente representados
Padrão de Elegibilidade	Muito particularista	Muito particularista	Particularista	Universalista
Financiamento	Muito baixo	Muito baixo	Baixo	Significante

Fonte: SCHNEIDER & INGRAN (1997); tradução livre.

Quadro 3 - Ferramentas, Regras, Justificativas para os diferentes tipos de público alvo no processo degenerativo de políticas públicas (SCHNEIDER & INGRAN, 1997).

	Favorecidos	Adversários	Dependentes	Desviantes
<u>Ferramentas</u>				
Para oferta de benefícios	Subsídios, acesso facilitado a informação, programas de extensão.	Mistas, imprevisíveis.	Subsídios oferecidos conforme a renda Autoridade, persuasão, critérios de elegibilidade.	Meios autoritários, associados à ameaças de punição.
Para oferta de desvantagens	Auto regulação e aprendizagem, incentivos (positivos), estabelecimento de normas e encargos, algumas sanções.	Destaca um grupo de alto nível para sanções pesadas.	Autoridade, sanções.	Sanções, força, morte.
<u>Regras</u>				
Para oferta de benefícios	Inclusivas	Delega para agências de nível inferior.	Excludente, avaliações obrigatórias.	Excludente, requer avaliações.
Para oferta de desvantagens	Estabelece prazos longos para o futuro.	Delega para nível inferior.	Rígidas, requisitos complexos de elegibilidade.	Rígidas, requisitos complexos de elegibilidade.
<u>Justificativas</u>				
Para oferta de benefícios	Interesses nacionais importantes serão alcançados.	Subestimadas: necessidades em alcançar objetivos econômicos ou de defesa nacional.	Justiça: igualdade de oportunidades, necessidades e equidade.	Justiça: igualdade, direitos e equidade.
Para oferta de desvantagens	Sacrifício realizado pelo bem do país; Os ônus estão relacionados aos seus próprios interesses à longo prazo.	Superestimados: correção da ganância, o país não está “pronto” para que eles possam ser tratados melhor; eles cometeram erros em suas estratégias políticas.	A adesão a princípios universalistas trouxe desvantagens ao grupo; outras prioridades devem ser buscadas, não restando recursos suficientes para todos; as regras são para seu próprio bem.	Merecem ser punidos; a população em geral deve ser protegida deste grupo.

Quadro 4 - Mensagens, Orientação dos cidadãos e Participação no processo degenerativo de políticas públicas (SCHNEIDER & INGRAN, 1997).

	Favorecidos	Adversários	Dependentes	Desviantes
<u>Mensagens</u>				
Indivíduo	Bom, inteligente	Controverso	Desamparado, necessitado	Mau, perigoso
“Seus” problemas...	São preocupações públicas importantes	Estão em conflito com outros	São de responsabilidade de setor privado	São de sua própria responsabilidade
O governo deve tratar você...	Com respeito	Com medo ou cautela	Com pena	Com desrespeito e ódio
<u>Orientação dos cidadãos</u>				
Em relação ao governo	Desdém, mas apoio	Vigilante	Desinteressados, passivos	Nervoso, oprimido
Em relação aos seus próprios interesses	Coincide com o interesse público	Estão em conflito com outros	Responsabilidade privada	Responsabilidade pessoal
Em relação às outras reivindicações	Ilegítimos	Rivais competitivos	Mais importantes que as suas próprias	Simplesmente privilégios
Em relação ao “jogo” político	Abertos,	Envolve o uso do poder	Hierárquico e elitista	Uso abusivo do poder
<u>Participação</u>				
Voto, grupos de interesse	Alta	Moderada	Baixa	Baixa
Greves, tumultos	Baixa	Moderada	Baixa	Moderada
Potencial de auto-sustentação (provisão privada)	Alto	Moderado	Baixo	Baixo
Interação Cidadão – Agência (implementadora)	Alcance da agência	O alvo subverte a implementação	O cliente deve iniciar o contato	Evitada

## 2.4. Delimitações Analíticas da Pesquisa

Ao foca políticas públicas de saúde para população carcerária fizemos opção por tomar o arcabouço analítico do modelo degenerativo desenvolvido por Schneider e Ingram (1997), por considerar que tanto o tema da saúde quanto o tema da segurança pública são marcados pela alta politização no debate público, com possibilidades significativas de reverberação eleitoral<sup>34</sup>. Assim, entende-se que decisões políticas relacionadas a estas pautas são permeadas de riscos e possibilidades necessariamente avaliadas pelos governantes. Partimos, também, do pressuposto de que a população prisional brasileira não possui uma construção social positiva acerca do público alvo em questão. Ao contrário, assim como apontado pelas utoras na análise do contexto norte-americano, compreendemos que a construção social brasileira da população prisional também a coloca no lócus de “não merecedora” de políticas públicas garantidoras de benefícios ou direitos sociais que favoreçam sua qualidade de vida e desenvolvimento social.

No que se refere à análise do contexto social, compreendemos que a realidade brasileira é marcada historicamente por desigualdades estruturais que se refletem por sua vez no contexto prisional. Ainda, a despeito dos avanços institucionais alcançados pós 88, com a redemocratização brasileira e a promulgação de uma constituição que trouxe importantes garantias sociais e políticas, vivemos em um país marcado por alta concentração de riquezas e fortes desigualdades de renda, que, por sua vez, conferem aos aotres políticos e sociais recursos diferentes para se valerem das oportunidades que as instituições democráticas oferecem a todos.

Isto posto, o foco deste trabalho encontra-se especialmente nas esferas do contexto do problema e do desenho da política, conforme o modelo analítico de Schneider e Ingram. Dessa forma, os elementos teóricos relacionados à definição do problema e fomação da agenda governamental, bem como acerca da implementação de políticas públicas foram as ferramentas analíticas utilizadas para análise do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

---

<sup>34</sup> Várias pesquisas eleitorais apontam que tanto o tema da saúde quanto o tema da segurança pública estão, sempre, entre os principais temas de preocupação do eleitorado.

Assim, ao tratarmos especificamente de uma política pública que possui como objetivo de estender o direito social universal de acesso às ações e serviços de saúde ao público desviante, buscaremos refletir sobre as seguintes questões: *Seria também o PNSSP marcado pelos elementos constitutivos das políticas que prevêm benefícios voltados para o público desviantes, como mostra Schneider e Ingram? Existe baixa representatividade do tema na agenda governamental e, se sim, como explicar sua emergência? A estratégia para promoção do acesso da população prisional brasileira aos serviços de saúde é instituída devido a constrangimentos legais e não a partir de interesses políticos em disputa? O baixo financiamento também se constitui como uma marca do PNSSP?*

Considerando, ainda, as contribuições do Kingdon sobre a formação da agenda governamental, à investigação do fluxo do problema, fluxo político e o fluxo das políticas, tentaremos responder as perguntas: *Como o tema da saúde prisional foi reconhecido como problema público? Como este se insere nas agendas governamentais, nacional e estaduais? Quais os principais atores participaram deste processo? Algum fator político especial contribuiu para a emergir o tema da saúde prisional na agenda governamental? Como se deu a participação da comunidade de especialistas?*

No que se refere aos aspectos da implementação, foram observadas as regras e ferramentas utilizadas no desenho da política, considerando o contexto institucional (formal e informal) que permou a formulação das alternativas e que, por outro lado, também influenciou a execução cotidiana da política. Nesse sentido, entendendo a implementação não como uma fase de mera aplicação das regras definidas, mas como um processo dialógico, que a partir das contradições enfrentadas contribui para transformações da política pública.

Por fim, buscaremos reconstituir analiticamente o processo da formulação e implementação do PNSSP, aos moldes do modelo degenerativo, tentando apontar os principais elementos presentes no contexto social, do problema e do desenho que contribuíram pra tomada de decisão no processo da política pública e, conseqüentemente para manutenção do déficit de acesso da população prisional aos serviços de saúde.

### **3. Da Agenda à Implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: três casos**

Neste capítulo é apresentada a estratégia metodológica do presente trabalho e os dados empíricos relativos aos casos estudados. Trata-se de um capítulo com forte caráter descritivo, no qual são apresentadas as informações colhidas sobre a formação da agenda do PNSSP em âmbito nacional, bem como as experiências de três estados habilitados ao PNSSP, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Mato grosso do Sul. A exposição das experiências estaduais justifica-se pela necessidade de compreender o processo de implementação do PNSSP. Para tanto, são apresentadas também as informações relacionadas à formação da agenda na esfera subnacional, as regras que definiram os planos estaduais de saúde no sistema penitenciário, os dados referentes ao financiamento e implementação em cada um dos estados estudados.

#### **3.1. Estratégia Metodológica**

O propósito de investigar os fatores que explicariam o insucesso do PNSSP na garantia do acesso da população prisional às ações e serviços de saúde nos colocou diante da necessidade de reconstruir o desenvolvimento da política pública nos seus diferentes momentos, investigando como se deu a inserção do tema na agenda governamental, a decisão acerca da ação governamental até a sua implementação<sup>35</sup>.

Assim, partimos com a investigação sobre como a temática do sistema penitenciário percorreu a agenda do segundo mandato do governo Fernando Henrique Cardoso, buscando identificar qual a relevância da questão da saúde neste contexto. Para tanto, recorreremos às avaliações presentes na literatura, bem como à análise dos relatórios da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara de deputados. Em seguida, avançamos no esforço de

---

<sup>35</sup> Geralmente os trabalhos sobre políticas públicas acabam se debruçando exclusivamente em uma das fases do processo da política, buscando desvendar com maior profundidade os fenômenos presentes. Durante a pesquisa também vivenciamos esta questão. Todavia, a aposta por olhar a política pública em sua totalidade foi feita com a clareza de que não conseguiremos, neste trabalho, aprofundar de forma desejável na análise de todas as variáveis encontradas em cada fase. Porém, tendo em vista a baixa produção teórica referente ao tema (saúde no sistema prisional), e conseqüentemente o caráter exploratório que esta pesquisa possui, acreditamos ser válida também a iniciativa de explorar o tema e apontar caminhos possíveis para empreendimentos futuros.

identificação e apresentação das forças e atores políticos e institucionais, bem como ligados a comunidades de especialistas ou movimentos sociais, que estiveram envolvidos na formação da agenda de saúde prisional, bem como suas interações nas arenas decisórias para formulação do PNSSP.

Tendo em vista que a operacionalização do plano se dá a partir da adesão dos entes federados ao plano nacional, foi considerada a necessidade de analisar experiências de gestão dos Planos Operativos Estaduais de Saúde no Sistema Penitenciário (POE Prisional) em estados que tenham aderido à sua implementação. Assim, optou-se pela realização de estudo de casos, tendo sido escolhidas as experiências de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. A escolha dos casos estaduais deveu-se especialmente às diferenças existentes entre as modalidades de gestão do PNSSP. Por um lado Minas Gerais apresenta uma experiência de gestão centralizada estadualmente e, por outro, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul são experiências de gestão da saúde no sistema penitenciário descentralizadas para o nível municipal<sup>36</sup>. Assim o critério fundamental para escolha dos casos foi a opção por um arranjo mais ou menos descentralizado na implementação das ações previstas no PNSSP nos estados.

A metodologia de estudo de casos pode ser entendida como uma análise intensiva de um fato ou fenômeno específico de que se objetiva lançar luz sobre uma gama maior desses fatos ou fenômenos (GERRING, 2007). Apesar das divergências existentes sobre a viabilidade de realização de inferências e generalizações significantes a partir do estudo de um ou poucos casos, ou seja, pela existência de um N amostral pequeno e não representativo da população total estudada, alguns autores (KING, KEOANE AND VERBA, 1994; COOLIER 2004; GERRING, 2007) ressaltam que para além de uma análise quantitativa, abordagens qualitativas podem trazer aos estudos de caso elucidações importantes devido a sua capacidade descritiva sobre o fenômeno estudado. Assim, os estudos de caso têm sido frequentemente utilizados quando se deseja identificar novas variáveis ou aspectos relevantes para apreensão do fenômeno, ou mesmo elucidar os mecanismos causais envolvidos, verificando os efeitos causais decorrentes da interação entre as variáveis estudadas, ou

---

<sup>36</sup> No início do ano de 2012 o Brasil contava com 21 estados brasileiros, mais o Distrito Federal, habilitados ao PNSSP, sendo que destes, somente 4 estados apresentavam desenhos descentralizados de gestão da saúde no sistema penitenciário, sendo eles, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Bahia e Rondônia. Segundo informações da Área Técnica do Ministério da Saúde, os estados do Mato Grosso, Ceará e São Paulo também aventavam naquele momento a possibilidade de reestruturação da política nesse sentido.

também, em pesquisas nas quais o objeto está sendo estudado pela primeira vez ou sendo considerado sob nova perspectiva (GERRING, 2007).

Nesse sentido, haja vista os escassos trabalhos existentes que tratam da organização da atenção em saúde prestada no âmbito do sistema penitenciário brasileiro, entendemos que a metodologia de estudo de caso possibilitaria maior imersão e melhor apreensão do contexto no qual o fenômeno (no caso, o PNSSP) se desenvolveu.

Os instrumentos de coleta de informação utilizados foram basicamente estudo documental e entrevistas semiestruturadas.

O estudo documental baseou-se essencialmente na análise dos planos operativos estaduais, das deliberações CIB/SUS relacionadas ao tema, relatórios de auditoria, bem como demais publicações institucionais existentes. O estudo dos planos estaduais delimitou-se na observação dos seguintes itens: *Definição das responsabilidades dos órgãos da saúde e execução penal nos diferentes níveis federativos, ferramentas de acompanhamento e avaliação, estrutura de financiamento e contrapartidas*. A observância das deliberações CIB/SUS se fez necessária para investigar os dispositivos criados pelos estados para aprimoramento da implementação da política, e que por vezes não constam no POE Prisional, como modificações nas formas de financiamento, acompanhamento e avaliação, dentre outros.

No que se refere às entrevistas, ao total 25 (vinte e cinco) pessoas foram entrevistadas, entre estas, técnicos da saúde e da execução penal no âmbito nacional e estadual, bem como gestores e técnicos municipais de saúde e representantes dos conselhos de saúde. As entrevistas com os gestores e técnicos tiveram o intuito de captar maiores informações a formação da agenda, a participação dos atores na formulação do plano estadual e seus interesses, os impasses e facilidades encontrados no processo de implementação - no que se refere à articulação intersetorial e cooperação intergovernamental, bem como a percepção acerca da influência do público alvo nos momentos de tomada de decisão na implementação dos planos. Diante da finalidade exploratória do presente estudo, a escolha por entrevistas semiestruturadas justifica-se pelas possibilidades que tal técnica oferece para descrição e compreensão das especificidades dos casos individuais e comparabilidade entre os mesmos. A capacidade de interação entre entrevistador e entrevistado, ao mesmo tempo em que propicia ao entrevistado um maior detalhamento do assunto e aprofundamento do debate,

por outro, dá ao entrevistador melhores condições para delimitação do volume de informações e direcionamento para o tema (MINAYO, 1993).

### **3.2. Formação da Agenda e Criação do PNSSP**

De acordo com os estudos de Sérgio Adorno (2000; 2003), que analisam a política de segurança pública no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC)<sup>37</sup>, englobando também os aspectos relacionados ao sistema penitenciário, a característica central das ações voltadas para o sistema penitenciário brasileiro nestes dois mandatos foi a busca pelo maior controle do crime organizado e também por melhorias na proteção aos direitos humanos, haja vista as duras críticas que o país estava tendo no cenário internacional. Segundo o autor, a imagem do Brasil veiculada pela mídia internacional era de que éramos uma nação que não apenas tolerava, mas convivia, com graves violações de direitos humanos, sem por outro lado apresentar uma resposta eficaz no que se refere à punição dos responsáveis pelas violações. Tal fato fez com que o governo buscasse modificar esta imagem, no intuito de alcançar melhor inserção no cenário político internacional, maior confiança nos organismos de cooperação e, até mesmo, maior confiança dos investidores externos.

Nesse sentido, o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) foi um importante marco do primeiro governo do presidente Fernando Henrique, lançado em 1996, no qual compromissos explícitos com a promoção e proteção dos direitos humanos são colocados na agenda do governo federal, incluindo um conjunto de propostas de ações para o sistema prisional. Neste momento, as questões mais urgentes ao sistema prisional, para as quais eram previstas ações de curto prazo, envolviam as demandas jurídicas e estruturais, remetendo-se à agilização dos processos judiciais, estímulo a utilização dos procedimentos para progressão de regime, melhoria das condições físicas e de superlotação e discussão da implantação de penas alternativas. Todavia, dentre os compromissos de médio prazo, a saúde prisional apareceu através das propostas de desenvolvimento de “programas de assistência integral à saúde do preso e de sua família” e realização de “levantamento epidemiológico da população carcerária brasileira” (BRASIL, 1996).

---

<sup>37</sup> Os estudos de Adorno abordam respectivamente os dois mandatos FHC (1995-1998 e 1999-2002).

Além disso, nesta mesma época podemos identificar outros importantes fatos relacionados ao fortalecimento de ações para proteção dos direitos humanos no país, como a criação da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados<sup>38</sup>; a criação da Secretaria Nacional dos Direitos Humanos<sup>39</sup> – SNDH, como parte da estrutura do Ministério da Justiça, e sua transformação em Secretaria de Estado dos Direitos Humanos - SEDH, com assento nas reuniões ministeriais; a permissão de visita de observadores e relatores especiais para os Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ADORNO, 2003); a visita da alta comissária, Mary Robinson, nos anos 2000 e 2002, resultando na assinatura de protocolos de cooperação e na criação de uma Comissão de Tutela dos Direitos Humanos<sup>40</sup>; e por fim, a realização de seminários e encontros regionais sobre o tema dos direitos humanos com o objetivo de atualização do PNDH e de inserir cada vez mais o país nos sistemas internacionais de direitos humanos (Ibidem).

No segundo mandato presidencial, o Ministério da Justiça foi sujeito a várias mudanças na chefia da pasta, ocupada por nove ministros. Segundo Adorno (2003),

A fim de assegurar maioria parlamentar e garantir a aprovação dos projetos de lei de interesse maior do governo, a pasta da Justiça foi frequentemente moeda de troca entre partidos de apoio do governo, notadamente o PMDB, o que dificultou em larga medida a adoção de políticas mais consequentes e mais duradouras. (p.114)

Mesmo diante dessa crise foi possível a reedição e lançamento, em 2002, do II PNDH. Este, no que se refere à previsão de ações voltadas à saúde no sistema penitenciário, mantém àquelas previstas na edição anterior e acresce as seguintes:

“357. Implementar política nacional de saúde para o sistema penitenciário em conformidade com os princípios do SUS;  
358. Apoiar ações destinadas a garantir à mulher presidiária assistência pré-natal, assistência integral à saúde, assim como o direito a permanecer com seus filhos no período durante o prazo estabelecido em lei; (...)

---

<sup>38</sup> Vale destacar que a Comissão de Direitos Humanos e Minorias foi criada em 1995 sem poder deliberativo e só em 2004, quase 10 anos depois, é que a mesma alcança tal prerrogativa, igualando-se às demais comissões da casa.

<sup>39</sup> A SNDH foi criada em substituição à Secretaria dos Direitos da Cidadania – SDC a partir do Decreto nº 2.193, de 7 de abril de 1997.

<sup>40</sup> Decreto 4.433, de 18 de outubro de 2002, institui a Comissão de Tutela dos Direitos Humanos da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos e dá outras providências.

366. Estabelecer mecanismos de normatização e acompanhamento das ações das secretarias de justiça e cidadania nos estados, no que diz respeito ao funcionamento dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico;
367. Promover esforço intersetorial em favor da substituição do modelo de atenção dos hospitais de custódia e tratamento por tratamento referenciado na rede SUS; [e por fim]
368. Promover debates sobre a inimputabilidade penal das pessoas acometidas por transtornos psíquicos.” (BRASIL, 2002; p 26)

No que tange ao compromisso de aperfeiçoamento do sistema penitenciário no segundo mandato FHC, Adorno (Ibidem) destaca a aposta do governo em medidas tradicionais, como a ampliação do sistema prisional, o estímulo à aplicação de penas alternativas, a capacitação de agentes e a realização de mutirões penitenciários voltados para assistência aos presos e egressos. Se tais ações, de um lado, produziram resultados como aumento de vagas e a melhoria das condições de habitabilidade das prisões, por outro, não trouxeram nada de inovador à política penitenciária brasileira (Ibidem).

No âmbito legislativo, as discussões e encaminhamentos giraram em torno da apreciação de projetos para alteração no Código Pena e Processo visando maior punição para crimes de contrabando roubo, receptação de cargas e tráfico de drogas (Ibidem). No intuito de melhor investigar a existência e a forma como se deu o debate sobre a saúde prisional na esfera legislativa sistematizamos todos os relatórios de atividades das Comissões de Direitos Humanos e Minorias e de Seguridade Social e Família disponíveis do site da Câmara dos Deputados<sup>41</sup>.

Na Comissão de Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados foram analisados os relatórios de atividades do período de 1999 a 2012 (Anexo 02). Observamos que em todos os anos o sistema prisional foi debatido na comissão, sendo frequente em todos os relatórios a presença de críticas ao sistema penitenciário brasileiro e a menção acerca da existência de uma “crise do sistema penitenciário” e “exaustão do modelo” existente. Os relatórios apresentados mostram a realização de diligências nos estados, em sua maioria provocadas por denúncias de morte, rebeliões, tortura ou maus tratos no sistema prisional.

---

<sup>41</sup> Na análise dos relatórios foi pesquisada a frequência com que as palavras *prisional*, *penitenciário* e *carcerário* apareciam, e então, a partir da identificação das mesmas, foi observado conteúdo temático no qual aquela palavra se inseria e oferecido destaque aos conteúdos relacionados à saúde.

O ano de 2006 foi o que mais se destacou em relação ao aparecimento de problemas relacionados à saúde no contexto prisional. Isto se deveu ao fato de que neste ano foi apresentado o *Relatório sobre a situação do Sistema Prisional Brasileiro*, elaborado por parlamentares da comissão mediante videoconferência realizada com membros de Comissões de Direitos Humanos das Assembleias Legislativas e membros da Pastoral Carcerária. Vale ressaltar aqui que em 15 dos 16 estados tratados na videoconferência foram encontrados problemas relacionados à saúde, desde a prática de tortura, passando pela precariedade nas instalações, presença de esgoto nas celas, falta de água, até a falta de assistência técnica de saúde em si. Diante disso, notamos que algumas propostas apresentadas aos estados (Bahia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e São Paulo) referiram à garantia das normas previstas na Portaria Interministerial MS/MJ nº1777/2003 que trata do PNSSP, ou mesmo a implementação do plano operativo estadual de saúde no sistema penitenciário – o que demonstra o conhecimento dos parlamentares em relação à existência da política pública.

Os anos de 2007 e 2008 também aparecem como momentos de intensificação das discussões sobre o sistema penitenciário devido a denúncia realizada à Organização das Nações Unidas sobre violação de direitos humanos no Brasil e instituição de Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no sistema carcerário. Estas ações promovem o esforço de parlamentares em investigar novamente a realidade do sistema carcerário brasileiro, e então, a questão da saúde outra vez vem à tona como um dos problemas e violações existentes, especialmente a partir dos resultados da CPI do Sistema Carcerário. Interessante notar também que, em todo o período analisado, identificamos somente uma proposta de emenda parlamentar ao orçamento da união voltada à proteção dos direitos humanos no sistema prisional, que por sua vez foi rejeitada. A proposta foi feita no ano 2000, e que se destinava a um programa de reestruturação do sistema penitenciário prevendo melhorias na assistência ao preso, à vítima e ao egresso do sistema penitenciário.

Já na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados foram verificados os relatórios de atividades do período de 2003 a 2012 (Anexo 03). Em todo esse período a saúde no sistema prisional foi debatida em apenas dois momentos. O primeiro foi em 2006 e tratava da realização de um seminário que discutiu ações e programas do Ministério da Saúde voltados para atender grupos populacionais com necessidades específicas, apontando para a necessidade de fortalecimento político destes programas de modo a ampliar o acesso a políticas setoriais, *“especialmente aquelas voltadas para*

*mulheres, crianças, adolescentes, jovens, idosos, pessoas com deficiência, e para a saúde mental.*” (p.19). Apesar da população prisional não ter aparecido entre os grupos mencionados, neste relatório, foi citada a realização de uma mesa temática que tratava da Saúde no Sistema Penitenciário. O segundo momento em que algum tema da saúde no sistema prisional foi debatido nesta comissão foi em 2009, quando definiu apoio à implementação da Lei 11.942/09, que trata de algumas medidas assistenciais voltadas às mães presas e aos recém-nascidos.

Como podemos observar, o tema da saúde prisional não foi frequente nas discussões parlamentares. Mesmo nos momentos pontuais, podemos dizer que esta emergência se deu de forma marginal ou secundária, se constituindo como um dos vários elementos que qualificariam a falência da política carcerária brasileira. Além disso, o surgimento do tema aparece, em sua maioria, relacionado às denúncias de morte e rebeliões que por sua vez acabam gerando investigações e visitas dos parlamentares, nas quais se deparam com as questões relacionadas às condições de saúde e assistência. Dessa forma, nos parece que a arena parlamentar não foi também o palco de onde surgiu a iniciativa de formulação da ação governamental voltada para promoção do acesso da população prisional à rede pública de saúde existente no país. Assim, partimos para investigação realizada no âmbito do executivo federal, onde buscamos identificar os atores que participaram do processo de discussão, decisão e formulação do PNSSP.

De acordo com informações colhidas em entrevistas, a questão da saúde prisional foi embrionada a partir da implantação de ações de saúde voltadas às DST/AIDS (Entrevistado 1, 2013; Entrevistado 2, 2013; Entrevistado 7, 2013)<sup>42</sup>. Antes destas iniciativas, “a população carcerária não tinha acesso à saúde e quando existia alguma assistência se dava pela ação de pessoas de boa vontade, uma espécie de caridade, ação humanitária etc.” (Entrevistado 1, 2013). Isto posto, identificamos que em 1995 foi publicada a Portaria GM nº 485, de 29/03/1995 que constituiu Comitês de Assessoramento para prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Ministério da Saúde. A estes Comitês competiam

---

<sup>42</sup> De forma a preservar a identidade dos entrevistados, foi atribuída aos mesmos uma numeração aleatória e que não corresponde com a ordem na qual estes aparecem na lista de entrevistados.

(...) participar na formulação e dar parecer sobre a política de prevenção de DST/AIDS em suas áreas de atuação; identificar necessidades e auxiliar na produção de documentos científicos; assessorar a Coordenação Nacional de DST/AIDS / MS no monitoramento dos subprojetos nas respectivas áreas e participar do redirecionamento de estratégias; [e] desempenhar papel de articulação política, mobilizando setores do governo e da sociedade civil na luta contra as DST e AIDS. (BRASIL, 1995)

Especificamente, o Comitê da área do Sistema Penitenciário era composto pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, pelo Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS de São Paulo, pelos Departamentos de Saúde no Sistema Penal dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, pelo Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e pelo Núcleo de Orientação em Saúde Social. Segundo os relatos, esse teria sido o marco inicial de aproximação do setor saúde da realidade prisional.

Nesta mesma época, o sistema penitenciário do Distrito Federal implementou o Projeto Previna<sup>43</sup>, também voltado para o desenvolvimento de ações preventivas de DST/AIDS destinadas a grupos populacionais em vulnerabilidade - nos quais a população prisional se enquadrava (Entrevistado 1, 2013). Tal projeto foi desenvolvido pelo governo estadual contando com o apoio e parceria da Área Técnica de DST/AIDS do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde e da Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso do Distrito Federal<sup>44</sup>. Nesta oportunidade estes atores se depararam com os desafios da educação em saúde neste contexto, mas especialmente com a questão da falta de acesso aos serviços de saúde (Ibidem).

“Se por um lado a informação sobre as DST/AIDS era necessária, face à vulnerabilidade das pessoas presas que mantinham intensa relação e convivência com pessoas do mundo livre, de outro lado, aqueles que se enquadravam nos sintomas das DST/AIDS, se apavoravam, pois não lhes eram ofertados o teste; o aconselhamento pré e pós-teste; o acesso a exames e medicamentos. O que se entendia como algo positivo se torna um pesadelo para o preso que se descobria portador do HIV. O Projeto Previna revelou uma lacuna importante no acesso à saúde das pessoas presas.” (Ibidem.)

---

<sup>43</sup> Durante a pesquisa não conseguimos encontrar quaisquer normas que remetessem a este projeto. Todavia, esta informação foi colhida em entrevista com um dos atores participantes do processo e que à época representava a Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso do Distrito Federal.

<sup>44</sup> A Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso do Distrito Federal é um órgão do governo do Distrito Federal vinculada à Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania, com atuação voltada para a inclusão social de presos e egressos, através do desenvolvimento de programas sociais nas áreas da educação, da cultura, da capacitação profissional e do trabalho.

Posteriormente, um dos atores envolvidos na implementação do projeto Previna no Distrito Federal, o dirigente da Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso, passou a ocupar o cargo de Diretor do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça. Então, em 2001, já na condição de diretor, o mesmo provocou os técnicos da Coordenação Nacional das DST/AIDS do Ministério da Saúde a iniciar um longo diálogo sobre a necessidade de se implantar um programa nacional de saúde para a população prisional, reconhecendo os direitos dos mesmos ao acesso ao sistema único de saúde (Ibidem). De acordo informações colhidas em entrevista, o processo foi marcado por resistência inicial do Ministério da Saúde, especialmente no que concerne a sua responsabilidade nesta pauta.

“O diálogo foi difícil, pois ainda prevalecia nos técnicos do Ministério da Saúde, em suas diversas esferas, o sentimento de que a saúde do preso era um problema do Ministério da Justiça e das secretarias responsáveis pelo seu encarceramento (...). As discussões eram pautadas e recheadas de dúvidas e incertezas, dada à complexidade e da total ausência de conhecimento desses técnicos da realidade das prisões e dos presos brasileiros” (Ibidem.).

Por outro lado, a percepção de técnicos do Ministério da Saúde foi de que o processo de articulação intersetorial interno foi muito rico, envolvendo análises sobre o financiamento da política, as competências das áreas da saúde e justiça, as ações de saúde a serem desenvolvidas nas unidades prisionais, a continuidade do cuidado em outros pontos de atenção à saúde, ou seja, a referência aos demais níveis de complexidade do SUS e, a gestão e gerência dos Planos Operativos Estaduais e dos serviços de saúde no sistema penitenciário (Entrevistado 2, 2013).

Segundo as entrevistas realizadas, neste primeiro momento as discussões se deram essencialmente no âmbito interno dos dois ministérios, da Saúde e Justiça (Entrevistado 7, 2012; Entrevistado 1, 2013; Entrevistado 2, 2013). Todavia, mesmo diante destas dificuldades de articulação, no mesmo ano os técnicos dos dois órgãos conseguiram pactuar a criação de uma Comissão Interministerial (BRASIL, 2001) incumbida de “formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população, bem como apoiar a implementação e avaliar o desenvolvimento das ações e serviços estabelecidos” (BRASIL, 2002), sinalizando desde já a possibilidade de formulação do plano nacional. Com a instituição da referida comissão, além da representação de áreas técnicas dos dois ministérios, foram incluídas representações do CNPCP, do CONASS e do Fórum Nacional de Secretários de Estado da Justiça.

Em algumas entrevistas fomos informados que a sociedade civil esteve presente em vários momentos das discussões através da representação da Pastoral Carcerária (Entrevistado 1, 2013; Entrevistado 2, 2013). A sua atuação, segundo relatos, foi voltada especialmente à denúncia da desassistência, bem como pela defesa do direito de acesso à saúde e a condições dignas de tratamento em geral da população presa. Em outras palavras, as contribuições teriam vindo mais no sentido de ratificar a necessidade e cobrar a intervenção pública, do que especificamente apresentar maiores elementos para formulação de alternativas. Todavia, encontramos relatos também de que a participação da sociedade civil foi muito baixa “A sociedade civil, praticamente nada, porque havia até uma recomendação de que não deixassem entrar no presídio representações da sociedade civil, não é?! Até por questões de segurança, como sempre.” (Entrevistado 7, 2012).

Parece-nos, nesta oportunidade, ser importante salientar que, em nenhum momento, foi proporcionada a oportunidade de participação dos presos, bem como dos profissionais que atuam no interior das unidades prisionais neste processo de discussão e tomada de decisão acerca da formulação da política.

“Acredito ser fundamental a mediação e efetiva participação da sociedade civil no processo, mas acho que **o mesmo não foi democrático e inclusivo a ponto de dar voz e vez aos principais interessados no processo que são aqueles privados de liberdade.** Creio que **os profissionais de saúde e de segurança também mereciam maior participação,** pois são eles que de fato vivenciam as dificuldades e obstáculos para o acesso das pessoas presas aos serviços de saúde do SUS.” (Entrevistado 3, 2012)

Buscamos investigar também a participação de especialistas e/ou existência de alguma comunidade epistêmica que possa ter aportado argumentos à discussão e decisão sobre a formulação da política. Nesse sentido identificamos que houve a participação de representante da academia, que também se inseriu no processo devido a pesquisas relacionadas à HIV/AIDS. De acordo com o entrevistado, as principais questões debatidas referiam-se à necessidade de institucionalização das equipes de saúde que já atuavam no sistema penitenciário e à capacitação dos profissionais de saúde, de forma geral, para o acolhimento das necessidades desta população.

“os profissionais continuavam e continuam tendo uma visão muito preconceituosa em relação ao preso. Os profissionais, de dentro e de fora, precisam de todo um processo de desconstrução desses estigmas e preconceitos... Muitas vezes eu encontrei profissionais de saúde que mais pareciam um guarda penitenciário do que

psicólogos, assistentes sociais ou um médico. Então essa visão ainda da transgressão, do crime, do estigma do criminoso continua.” (Entrevistado 7, 2012.)

No que se refere à relação entre os setores da saúde e execução penal para formação desta agenda, novamente identificamos a percepção de dificuldades de articulação.

“Era um relacionamento não muito fácil entre a saúde e segurança, porque a prioridade sempre foi a segurança – para a justiça e para o sistema penitenciário (...). Foi um processo tenso de relacionamento assim, de relacionamento mesmo, pelo menos a nível dos ministérios, eu acompanhei esta tensão entre a saúde e a justiça, né. E também os gestores não dialogavam muito – os gestores da saúde com os gestores da segurança.” (Entrevistado 7, 2012)

Quando questionados sobre a participação de outros atores políticos neste processo, observamos que a discussão do tema se manteve essencialmente no âmbito da burocracia estatal (Entrevistado 1, 2013; Entrevistado 2, 2013). Inclusive, um dos entrevistados ao ser questionado sobre o envolvimento de parlamentares com o tema, chegou inclusive a justificar, ironicamente, a não implicação apontando que tal fato se dá “porque preso não vota, né?!” (Entrevistado 7, 2012).

### **3.3. Implementação do PNSSP: as experiências estaduais**

A apresentação dos casos estaduais será estruturada a partir dos dois contextos propostos no enquadramento analítico de Schneider & Ingram; o *contexto do problema*, relacionado à definição do problema, formação da agenda governamental e movimentação dos atores para formulação das alternativas; e o *contexto do desenho*, ligado à definição das regras que conformam o desenho da política, bem como aspectos relacionados a sua implementação.

Assim, abordaremos como se deu o processo de reconhecimento do problema da saúde no sistema penitenciário e a inserção deste tema na agenda subnacional de políticas públicas de modo a possibilitar a adesão estadual ao PNSSP, buscando identificar os atores envolvidos bem como seus interesses e formas de interação. Em seguida, apresentamos as regras dos Planos Operativos Estaduais, os mecanismos previstos para acompanhamento e avaliação e fatores relacionados à articulação intersetorial e intergovernamental.

A estes dois contextos agregamos os elementos envolvidos na implementação dos planos estaduais, propriamente dita, nos quais apresentamos de forma geral dos resultados da

implantação do POE Prisional, buscando mostrar a cobertura alcançada pelas equipes, a capacidade de gasto dos recursos, elaboração de informações sobre a saúde no sistema penitenciário, bem como aspectos relacionados ao controle social e participação popular neste contexto.

Outra dimensão analisada foi a articulação intersetorial e intergovernamental, na qual abordamos os aspectos envolvidos no processo de tomada de decisão conjunta entre as áreas da saúde e execução penal bem como de negociação entre as esferas de governo. Ainda neste ponto, foi tratada a forma de acesso do preso à equipe de saúde no interior da unidade prisional. Tal aspecto se fez interessante na medida em que trouxe elementos para análise da articulação intersetorial entre os setores de saúde e segurança.

### **3. 3.1. Minas Gerais**

Em Minas Gerais o Sistema Penitenciário compõe, juntamente com a Segurança Pública, o Sistema de Defesa Social, encontrando-se, portanto, sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Defesa Social<sup>45</sup> (SEDS). Esta composição surgiu a partir de 2007, com a perspectiva de promover maior integração entre os órgãos do poder executivo que compõe o Sistema de Justiça Criminal. Dentre outras coisas, este processo contribuiu para a discussão e redefinição dos papéis das polícias, militar e civil, tendo como uma das consequências a transferência das cadeias públicas, sob administração da Polícia Civil de Minas Gerais - PCMG, para o Sistema Prisional<sup>46</sup>. Esta decisão, associada ao aumento do fenômeno do encarceramento, tem contribuído para o aumento significativo da população prisional mineira nos últimos 5 anos<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> Lei Delegada nº 117 de 25 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a estrutura orgânica básica da Secretaria de Estado de Defesa Social – SEDS.

<sup>46</sup> As cadeias públicas não compõem o sistema penitenciário, sendo um local de prisão provisória, administrado pela Polícia Civil, destinada a presos não sentenciados. Assim, a população que se encontra nestes estabelecimentos geralmente não é contabilizada como população prisional nos documentos governamentais. Com esta reestruturação as cadeias públicas estão, paulatinamente, sendo incorporadas ao sistema penitenciário, denominadas como presídios. Isto, por sua vez acaba gerando transformações no contexto do sistema penitenciário, uma vez que nele deveriam se encontrar essencialmente aqueles presos que estariam em cumprimento de pena, ou seja, cuja sentença já havia sido julgada. Dessa forma, a presença da sentença passa a não ser mais a centralidade da organização do sistema, mas o contexto da privação de liberdade.

<sup>47</sup> Minas Gerais é o segundo estado brasileiro com maior população prisional, atrás somente do estado de São Paulo, que soma mais de 180 mil presos em seu sistema prisional.

Em 2007, quando do início deste processo de estruturação da SEDS o estado contava com 22.012 presos no Sistema Penitenciário. Em 2012 Minas fechou o ano contabilizando 46.526 presos em 165 unidades prisionais distribuídos em 115 municípios em todo o estado (Tabela 3).

Tabela 3 - Evolução da população prisional de Minas Gerais no período de 2004 a 2012.

Ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>População prisional</b>	7.201	11.398	17.089	22.012	30.632	37.459	39.576	45.122	45.607
<b>Nº unidades prisionais</b>	23	25	37	53	97	137	147	163	165

Fonte: SEDS/MG.

No que se refere à assistência em saúde para a população prisional, a SEDS conta em seu organograma com a Diretoria de Saúde e Atendimento Psicossocial ligada à Subsecretaria de Administração Prisional.

### 3. 3.1.1. Contexto do Problema

De acordo com entrevista realizada com representante da gestão do sistema prisional mineiro, antes do surgimento do Plano Operativo Estadual de Atenção a Saúde da População Prisional de Minas Gerais (POE Prisional-MG), a responsabilidade pelas ações voltadas para saúde no sistema penitenciário era atribuída essencialmente ao órgão gestor do Sistema Penitenciário estadual, ou seja, à Secretaria Estadual de Defesa Social, através da Diretoria de Saúde e Psicossocial. Esta, por sua vez, devido à precariedade das instalações prisionais e do insuficiente quadro de profissionais de saúde, contava com os atendimentos na rede municipal de saúde, que se davam através de ações isoladas, baseadas em articulações pessoais entre os diretores dos presídios e secretários de saúde, sem qualquer pactuação formal.

**“Antes do Plano Estadual, era de uma maneira mais informal.** As unidades se dirigiam aos municípios, normalmente para fazer o atendimento, mas de uma maneira sem fluxo definido. **Ia muito também pela relação do diretor, da amizade dele com a secretaria de saúde,** com a secretaria do estado. Algo desse tipo. Era uma relação mais da unidade (prisional) e o município. Não havia nenhuma previsão de recurso, não tinha nada disso. Estava extremamente informal.” (Entrevistado 8, 2012; grifo nosso)

As primeiras movimentações para construção de uma diretriz estadual, visando a organização da atenção em saúde no sistema prisional mineiro, surgiram no interior da burocracia estadual em meados de 2002, a partir do convite do governo federal à participação nas oficinas de construção do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Ainda, segundo dados colhidos em entrevista, estas oficinas contribuíram para o encontro entre técnicos das secretarias estaduais de saúde e defesa social (Entrevistado 8, 2012; Entrevistado 9, 2012). Nesse contexto iniciou-se uma parceria na qual as discussões iniciais passaram especialmente pela preocupação acerca da precariedade da assistência aos casos de HIV/AIDS existentes no sistema prisional.

**“O plano, aqui, surgiu na mesma época em que o plano nacional foi construído.** (...) Nessa construção começaram as oficinas com os estados, aí todos os estados foram chamados para participar (inaudível). Em uma destas oficinas eu fiquei conhecendo – eu, era do estado, diretora de saúde do sistema prisional – fiquei conhecendo uma pessoa que foi convidada pelo Ângelo Roncalli, e indicada pelo secretário de saúde, na época, para participar da oficina, informalmente, ela era coordenadora de DST/AIDS, que era Maria Tereza de Oliveira. Então, na verdade, a Tereza foi chamada a participar de uma reunião para ver uma situação que não era dela, muito complicada e tudo mais. **Nós nos conhecemos neste dia desta oficina,** viemos ter um contato depois na Superintendência (...) ela queria um contato para um trabalho de DST/AIDS nas unidades, e a mesma dificuldade: abertura para fazer esse trabalho. Neste dia tivemos esse primeiro contato, achei super viável o que ela queria fazer: ela queria fazer testagens nas unidades, ter esse acesso, e uma pesquisa feita em cima disso. Nós já tínhamos vindo lá do DEPEN dessa oficina do Plano Nacional, e começamos a conversar.” (Entrevistado 8, 2012; grifo nosso)

“O plano nasce de um contato da coordenação de DST/AIDS com a assistência em saúde do sistema prisional. A gente tinha observado que alguns pacientes, assim, desapareciam. Estavam tratando em alguns SAE [Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS] nosso, algum serviço especializados e sumiam. Então a gente queria localizar esses pacientes. Isso era um ponto. Outro ponto, é que uma - eu não vou lembrar o nome, depois posso te passar – dissertação, me parece, de mestrado, de uma pessoa do sistema prisional, psicólogo, em que ele mostrava que o tempo de reclusão desses indivíduos, sem considerar os benefícios da lei, a média desse tempo no estado estava por volta dos 14 anos. Claro que, com os benefícios da lei, não cumpriam esse tempo todo, mas o que argumentávamos era que para a AIDS, um paciente que entrasse HIV, sem a gente saber, ele, tranquilamente, estava quase que condenado a morte, porque ele iria desenvolver a doença ali dentro e morrer sem que isso fosse detectado.(...) e aí que **começou essa proposta do plano, principalmente porque vem a portaria nacional casando com a possibilidade de recurso, né.**” (Entrevistado 9, 2012; grifo nosso)

Dessa forma, diante da formulação nacional do PNSSP e da possibilidade de repasse de recurso financeiro para fortalecimento das ações de saúde no sistema prisional, o governo

estadual estabeleceu uma comissão interinstitucional<sup>48</sup>, composta por representantes das Secretarias de Estado de Saúde e Defesa Social, com o propósito de elaborar proposta de ação visando organizar a atenção em saúde prisional em Minas Gerais, conforme as diretrizes nacionais estabelecidas à época<sup>49</sup>. Assim surgiu o POE Prisional-MG, em 2002, o qual, devido à republicação do PNSSP no ano seguinte, foi readequado às diretrizes da portaria interministerial 1777/2003 (então vigente) pela mesma comissão, aprovado em CIB e no Conselho Estadual de Saúde ainda no final de 2003<sup>50</sup>, fazendo de Minas Gerais um dos primeiros estados a se habilitar ao PNSSP. A época o estado contava com apenas 18 unidades prisionais e cerca de 5 mil presos (MINAS GERAIS, 2004), estando a grande maioria desta população em carceragens administradas pela polícia civil, portanto, não consideradas como integrantes ao sistema penitenciário.

Tendo em vista a aprovação do Conselho Estadual de Saúde (CES-MG) ser requisito para habilitação do POE Prisional-MG, este acabou sendo também um dos atores participantes do processo de elaboração do plano. A posição defendida pelo CES-MG, à época, era de que a atenção em saúde no sistema penitenciário deveria ser responsabilidade exclusiva do SUS e de seus respectivos órgãos gestores, não cabendo a responsabilização atribuída ao órgão da administração penitenciária (Entrevistado 12, 2013; Entrevistado 13, 2013). Todavia, depois de várias discussões<sup>51</sup>, e com esta ressalva, o Conselho acabou aprovando o POE Prisional.

“O Plano foi aprovado porque nós chegamos a seguinte conclusão: se nós não aprovarmos o plano estadual de saúde, você paralisa o que está sendo feito e não é a intenção. Então, aprovamos e vamos te dar um prazo e foi levando, levando, levando...” (Entrevistado 12, 2013)

---

<sup>48</sup> Comissão instituída pela resolução conjunta SES/SUS/MG-SSP/MG-SEJDH/MG N°. 0001/2002 de 14 de maio de 2002.

<sup>49</sup> Portaria 628 de 2 de abril de 2002 que aprova a 1ª versão existente do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, bem como a Portaria do Ministro de Estado da Saúde nº 863 de 07 de maio de 2002 que aprova o termo de compromisso a ser firmado entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde com vistas ao co-financiamento das ações de saúde no Sistema Penitenciário sob gestão estadual.

<sup>50</sup> Em 09 de dezembro de 2003 é aprovado o Plano Operativo Estadual de Atenção a Saúde no Sistema Prisional de Minas Gerais, a partir da Deliberação CIB-SUS 049, publicada em 13/12/2003 no Diário Oficial de Minas Gerais, contando também com a aprovação do Conselho Estadual de Saúde, através da Deliberação CESMG nº 092 de 15 de dezembro de 2003.

<sup>51</sup> Os entrevistados não souberam precisar o número de discussões e reuniões existentes. Por outro lado, no site do conselho encontra-se disponível para o ano de 2003 somente a ata da reunião do dia 10 de fevereiro do referido ano, que por sua vez não foi colocado em pauta a questão da saúde prisional.

No que se refere à participação dos gestores municipais, de acordo com as entrevistas realizadas, não existia interesse dos municípios em se envolver na discussão, uma vez que não havia possibilidade de surgimento de recurso novo, de âmbito estadual, e o incentivo proveniente do Ministério da Saúde e Justiça, além de ser considerado insuficiente, seria destinado a municípios com unidades prisionais com população de até 100 presos, o que a época representava objetivamente 3 unidades prisionais localizadas em 3 municípios em todo o estado. “O município, ele não quer ter mais um problema sem que eles tenham um repasse financeiro. A situação toda caía nisso. Então o repasse sempre foi um entrave.” (Entrevistado 8, 2012)

Além disso, foi pontuada também a dificuldade do sistema prisional em se adequar à dinâmica de funcionamento da rede de saúde local, especialmente no que se refere à disponibilidade de carro e escolta para deslocamento dos presos para atendimento nos serviços municipais.

“Na época, eu vou te falar o seguinte, até que não foi uma posição do município. O próprio sistema, não sei se a realidade mudou, mas o sistema penitenciário nosso tinha muita dificuldade com as questões de transporte. Então, na verdade, para eles ficaria, assim, inviável, você hoje tá gripado, ter que levar, com escolta, pra um centro de saúde na cidade. Então a gente já deixava mesmo que assim, já entendia, que aquelas coisas que se referem à atenção primária, e mesmo essa admissão dele, esse exame admissional, e depois na alta, quando ele for receber de volta a liberdade, for sair do sistema, ele ser avaliado e tudo. Na verdade, a gente sabia muito bem que não dava conta de passar isso pro município, mas a primeira grande dificuldade seria transporte.” (Entrevistado 9, 2012)

Quanto a participação da sociedade civil organizada neste período de discussão e formulação do POE Prisional-MG, foi pontuado o envolvimento de ONGs ligadas ao trabalho com DST/HIV/AIDS, isto pelo fato da discussão da saúde no sistema prisional ter se iniciado no estado também pelo reconhecimento da necessidade da atenção aos presos portadores de HIV. No entanto, é importante salientar que a participação deste setor se restringiu à especificidade de sua pauta, ou seja, a busca pelo desenvolvimento de ações de prevenção e assistência em DST/HIV/AIDS. Além disso, todos os entrevistados afirmaram categoricamente a ausência da interlocução com movimento de direitos humanos ou entidade representante dos presos ou seus familiares neste processo.

Outro fator apontado se refere à participação insipiente da comunidade acadêmica na construção do POE-Prisional. A época, as propostas apresentadas por este setor estavam ligadas à incorporação tecnológica ao processo de trabalho dos profissionais de saúde

prisonal, no entanto esta proposta se apresentava desconectada do núcleo central dos debates travados pela burocracia estatal<sup>52</sup> (Entrevistado 8, 2012).

### 3. 3.1.2. Contexto do Desenho

#### *Regras e Organização do Plano Operativo Estadual de Atenção a Saúde da População Prisional de Minas Gerais (POE Prisional-MG)*

O POE Prisional-MG previu a implantação de equipes de saúde nas unidades prisionais sob administração da Subsecretaria de Administração Prisional da Secretaria de Estado de Defesa Social<sup>53</sup> - SUAPI/SEDS (MINAS GERAIS, 2004). De acordo com o plano, a gestão deve ser exercida pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), através da coordenação da Comissão Interinstitucional<sup>54</sup>. A gerência dos serviços de saúde das unidades prisionais foi atribuída ao órgão gestor do sistema penitenciário, a Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS-MG), que deve contratar e remunerar os profissionais de saúde das equipes lotadas nas unidades prisionais com população maior que 100 presos, respeitando a composição disposta no PNSSP. Ademais, esta secretaria tornou-se responsável também pelo acompanhamento das ações no âmbito da atenção primária à saúde realizadas no interior das unidades prisionais e pelo transporte e escolta dos presos aos serviços de saúde municipais, sempre que necessária a atenção especializada ambulatorial e hospitalar (Ibid.).

Junto da responsabilidade de gestão do plano estadual, que inclui o monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações e execução dos recursos repassados pelo governo federal, a Secretaria de Estado de Saúde tem também a responsabilidade promover e acompanhar a organização da referência e contra-referência para a prestação da assistência de

---

<sup>52</sup> A época a Faculdade de Medicina da UFMG estava desenvolvendo o projeto de Telemedicina e Telessaúde, baseado na realização de teleconsultorias capazes de promover a interação entre especialistas do Hospital das Clínicas e profissionais da saúde que estão à frente do atendimento na atenção primária.

<sup>53</sup> Seguindo as diretrizes previstas pelo Plano Nacional de abranger como público alvo somente as unidades penais que compõem o Sistema Penitenciário Brasileiro (penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento) não se constituem como público alvo do POE-Prisional/MG as cadeias públicas e delegacias que se encontram sob gestão da Polícia Civil. No entanto, com o processo de reorganização da segurança pública no Estado, estas unidades vêm sendo progressivamente transferidas para a SUAPI, transformando em unidades prisionais.

<sup>54</sup> Comissão instituída em 2002 para elaborar o POE Prisional MG, como já apresentado na sessão anterior que tratou do contexto do problema e formação da agenda.

média e alta complexidade para os presos; prestar assessoria técnica aos municípios no processo de definição dos fluxos assistenciais; além de capacitar as equipes de saúde das unidades prisionais, conforme demanda apresentada pela SEDS-MG (Ibid.). Já as Secretarias Municipais de Saúde ficaram responsáveis por realizar as ações de saúde naquelas unidades prisionais que possuem até 100 presos, além da prestação de serviços de média e alta complexidade, conforme mecanismos e fluxos estabelecidos pelo município sede de unidade prisional, bem como de outros municípios conforme a Programação Pactuada Integrada (PPI). Ou seja, estas devem possibilitar o acesso da população prisional aos demais níveis de atenção à saúde (Ibidem).

### *3.3.1.3 Financiamento e Contrapartidas*

O financiamento das ações previstas pelo POE Prisional MG contou com recursos provenientes do governo federal, por meio do Incentivo de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, repassado ao Fundo Estadual de Saúde, mediante o cadastramento das equipes de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Como contrapartida estadual foram apontados os gastos da SES-MG com capacitações, exames laboratoriais, atendimentos de média e alta complexidade na Rede Fundação Hospitalar de Minas Gerais – FHEMIG, bem como os gastos da SEDS-MG com o pagamento de pessoal, compra de insumos, medicamentos e manutenção das unidades de saúde prisional (Ibidem). Não houve, todavia, nenhum “recurso novo”, de contrapartida estadual ou municipal, destinado às ações previstas no referido plano.

Considerando que as ações de saúde são realizadas por profissionais do sistema penitenciário e que o recurso federal é repassado ao órgão estadual de saúde, foi definido no plano estadual o repasse, via convênio, de parte deste recurso à secretaria gestora do sistema prisional. Quanto ao restante, a execução deve ser realizada mediante informações de necessidades enviadas pela SEDS-MG.

No sentido de incentivar o estabelecimento dos fluxos assistenciais foi prevista a alocação de um plus no teto financeiro dos municípios sede de unidades prisionais, para cobertura dos procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar na Programação Pactuada Integrada/PPI-MG. Os valores iniciais contabilizavam um custo per capita total de R\$57,01/ano. Em 2010, tais valores foram revistos, via Deliberação CIB –

SUS/MG nº 623 de 03 de fevereiro, alcançando o valor per capita total de R\$98,87/ano. Vale destacar que este é um recurso de fonte federal repassado ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Minas Gerais.

No que tange à avaliação, a equipe de saúde prisional ficou responsável pela elaboração de relatórios trimestrais de atividades desenvolvidas, além de alimentação mensal dos sistemas de informação do SUS. A comissão interinstitucional, que elaborou o plano estadual, deve realizar visitas semestrais às unidades prisionais e avaliar os relatórios de trabalho das equipes (Ibidem.)

#### *3.3.1.4. Implementação do POE Prisional-MG*

Minas Gerais foi um dos primeiros estados a habilitar-se ao PNSSP, em 2003, contando à época com 18 unidades prisionais e cerca de 5 mil presos. Em 2012, Minas fechou o ano contabilizando 46.526 presos em 165 unidades prisionais distribuídos em 115 municípios. Dentre estas unidades, apenas 25 possuíam Equipes Atenção a Saúde do Sistema Penitenciário (EPEN) registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde<sup>55</sup>, o que corresponde a uma cobertura de 35% da população prisional mineira.

No ano de sua criação, o POE-Prisional/MG se configurava como um dos programas a serem implantados pela Coordenação Estadual de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde. Tal fato expressava uma visão fragmentada e reducionista de saúde na medida em que as ações desenvolvidas possuíam uma direcionalidade específica para as ações de DST/AIDS.

Vale destacar também que um dos principais desafios pontuados, quando do início da implantação do POE Prisional, diz respeito à resistência dos trabalhadores das unidades prisionais, sendo necessária a realização de uma sensibilização e conscientização interna de modo a convencê-los que a organização da assistência e melhoria das condições de saúde da população presa acabaria, por consequência, se configurando também como um benefício aos mesmos na medida em que reduziriam os riscos a que estão submetidos (Entrevistado 8, 2012). Este processo foi apontado como fundamental para o prosseguimento das ações.

---

<sup>55</sup> Fonte CNES/DATASUS 2013. Disponível em:

[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades\\_Listar.asp?VTipo=100&VListar=1&VEstado=31&VMun=&VTerc=&VServico=&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=100&VListar=1&VEstado=31&VMun=&VTerc=&VServico=&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=) Acessado em 03 de janeiro de 2013.

Em novembro de 2007 a saúde prisional alcançou, em Minas Gerais, o status de Coordenação Estadual na SES/MG<sup>56</sup>, possuindo prioritariamente o papel de articulação com as demais áreas da saúde e com a SEDS/MG, de modo a viabilizar o acesso às ações de saúde de caráter integral, no âmbito individual e coletivo, para todos aqueles que se encontram em cumprimento de pena no sistema prisional e socioeducativo. Entretanto, o alcance do patamar de Coordenação Estadual não correspondeu a um reconhecimento da saúde prisional pela SES/MG, tendo em vista o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 não considerar nenhuma ação direcionada a esta população, bem como pela ausência de aplicação de recursos estaduais da saúde específicos para a área, desde a criação do POE – Prisional; mesmo com a diretriz de contrapartidas estaduais estabelecida na portaria 1777/03.

Em meados de 2010, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS realizou auditoria do plano estadual em questão, sendo evidenciada baixa execução do incentivo financeiro (apenas 26% dos recursos disponíveis), conforme tabela 4, e apontado, dentre outras coisas, a ausência de abastecimento dos sistemas de informação do SUS, a não aprovação dos Relatórios de Gestão pelo Conselho Estadual de Saúde desde o ano de 2006 e, ainda, que diversas das equipes cadastradas no CNES se encontravam com quadro profissional desfalcado (BRASIL, 2010a).

Tabela 4 - Incentivo para Atenção a Saúde no Sistema Penitenciário – MG (Período agosto 2003 a abril 2010)

EXERCÍCIO	VALORES TRANSFERIDOS	RESULTADO DE APLICAÇÕES	VALORES EXECUTADOS	SALDO DO ANO	SALDO ACUMULADO
2003/2004	203.374,00	8.362,25	-	211.736,25	211.736,25
2005	266.720,00	39.186,42	145.184,76	160.721,55	372.457,91
2006	510.103,00	71.346,54	177.151,14	404.297,40	776.755,31
2007	1.226.390,00	110.308,67	524.315,69	812.382,98	1.589.138,29
2008	1.226.300,00	214.669,16	199.740,17	1.281.228,99	2.870.367,28
2009	1.228.500,00	298.227,42	532.272,82	994.454,60	3.864.821,88
2010	634.500,00	100.581,15	6.169,29	728.911,86	4.593.733,74
<b>TOTAL</b>	<b>5.335.886,00</b>	<b>842.681,61</b>	<b>1.584.833,87</b>	<b>4.593.733,74</b>	

Fonte: Relatório Final de Auditoria nº9940 – Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS/MS

<sup>56</sup> Coordenação de Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, responsável pela organização da atenção em saúde para população prisional e adolescentes em privação de liberdade no sistema socioeducativo, através da implantação e gestão dos Planos Operativos Estaduais de Atenção a Saúde Prisional, e Atenção Integral a Saúde do Adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas de internação e internação provisória.

As irregularidades apresentadas na auditoria, em especial a ausência de aprovação dos relatórios anuais de gestão, fizeram com que o estado tivesse o repasse do incentivo federal temporariamente suspenso pelo Ministério da Saúde, em 2011, por força da Portaria GM/MS nº2801/11.

No que se refere à produção de informações em saúde<sup>57</sup>, de acordo com dados coletados em entrevista, as notificações compulsórias são realizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde, através da informação prestada à vigilância municipal ou profissional da rede local, que realizam a notificação. Foram relatada, ainda, dificuldades para realização de notificação pelos próprios profissionais de saúde do sistema prisional, devido ao fato de muitos deles ainda não estarem com registro no CNES. Dessa forma, a gestão estadual afirmou despender esforços para avançar no processo de cadastramento das unidades prisionais no SCNES, bem como da implantação do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA nas unidades prisionais<sup>58</sup> (Entrevistado 10, 2013).

Quanto ao acompanhamento e fiscalização da política realizada pelo controle social, os representantes do Conselho Estadual de Saúde apontaram que as normas de regulamentação do financiamento do SUS<sup>59</sup> contribuíram para melhoria e fortalecimento do controle social, especialmente a partir da melhor especificação sobre o gasto com saúde, possibilitando a realização, em 2012, de um processo de discussão e revisão junto ao governo estadual acerca dos investimentos realizados pelo SUS-MG (Entrevistado 12, 2013; Entrevistado 13, 2013).

---

<sup>57</sup> Vale destacar que a Portaria Interministerial MS/MJ nº1777/2003 prevê como critérios para a manutenção dos repasses financeiros a alimentação dos sistemas de informação, destacando dentre eles o SIAB e o SIA-SUS. Todavia, tendo em vista a presença do agentes comunitários de saúde na composição equipe mínima de saúde um critério para alimentação do SIAB, que por sua vez não é atendido dentre as especificações previstas para as equipes de saúde prisional. Tal fato ainda não foi solucionado pelo Ministério da Saúde e tem inviabilizado a alimentação do sistema de informação pelos estados.

<sup>58</sup> Algumas unidades prisionais devido a proximidades no relacionamento com o município ou com a unidade regional de saúde já alimentam o SIA-SUS. Todavia, esta orientação está sendo formalizada novamente às unidades prisionais, estando em andamento um processo de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para alimentação do SIA.

<sup>59</sup> Referem-se neste momento à Emenda Constitucional nº29 de 13 de setembro de 2000, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde; bem como à Lei nº141 de 13 de janeiro de 2012 que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

Veio uma legislação complementar à Emenda Constitucional 29 [...], que é a Lei 141, de 2011, a Dilma Rousseff lançou falando qual é obrigação de cada um destes entes que estão participando e dos conselhos, dando uma força imensa ao conselho, mas obrigando também, e dando responsabilidade a todos nós [...] Baseado nessa nova legislação, com essa força total, o promotor de justiça começou a encher o meu saco, do conselho, “olha, vocês não estão olhando isso, vocês não estão olhando aquilo”. Então o conselho se estruturou, o estado passou a ver que ele tem que tratar melhor o controle social, deu condições para o conselho estadual trabalhar e nós começamos a ter consultoria técnica, econômica, jornalística, jurídica e fomos fazer o nosso papel [...] A gente conta com esse respaldo técnico para fazer a análise. Dentre as coisas que nós temos, o nosso assessor econômico começou a nos mostrar “o orçamento do estado tá aqui, colocado desse jeito, daquele”, e a gente passou a cobrar aquilo que a gente achava de importante. Na medida em que nossas pernas permitem, vamos avançando. Já avançamos em várias coisas. Minas Gerais, por exemplo, não cumpria a Emenda Constitucional direitinho, uma das coisas dela era esse desvio de valores, por exemplo: tudo o que o Hospital Militar fazia não era pro SUS, mas ele colocava aquele dinheiro como se fosse do SUS; a Defesa Social também, a gente começou a questionar, “vocês estão falando que isso é do SUS, mas vocês atendem abertamente a política, todo mundo? Se atendem, tem que seguir a regra! Aí vocês tem que apresentar o plano de metas, plano financeiro”, entendeu, porque a partir de 2011 aconteceu isso? **Houve uma legislação mais recente, obrigação maior, condições de trabalho e nós passamos a olhar isso e então por isso nós chamamos a SEDS e falamos “se você não apresentar isso daqui o conselho não vai permitir que o dinheiro seja colocado pra você”.** (Entrevistado 12, 2013, grifo nosso)

Nesse sentido, em 2012, a discussão sobre a saúde no sistema penitenciário entrou novamente em pauta no conselho. De acordo com os membros entrevistados, os questionamentos apresentados neste momento foram os mesmos realizados à época da aprovação do plano estadual. A posição apresentada foi de que a política estaria seguindo na contramão do SUS, uma vez que se dá de forma desarticulada da gestão local (municipal), que muitas vezes acaba realizando o atendimento sem financiamento e também sem participar dos processos de decisão (Entrevistado 12, 2013; Entrevistado 13, 2013). Assim, ao mesmo tempo em que o CES-MG reconheceu suas falhas no atraso da análise dos relatórios, ressaltou também que os mesmos não cumpriam os requisitos mínimos exigidos pelo controle social para prestação de contas, como explicitação de planejamento anual, com metas e detalhamento da participação dos diversos níveis de governo no que se refere ao financiamento. Dessa forma, os relatórios de gestão foram aprovados, objetivando a regularização de Minas Gerais junto ao Ministério da Saúde, sendo feitas as devidas ressalvas para regularização da forma de apresentação dos próximos relatórios e assegurado um acompanhamento mais efetivo do conselho em relação a esta pauta (Ibidem).

Quanto ao acompanhamento do conselho municipal de saúde, em entrevista com representante fomos informados que o tema da saúde prisional é frequentemente debatido nas reuniões do conselho e tem gerado muita polêmica, especialmente no que se refere aos “transtornos” e riscos decorrentes do atendimento de presos nos serviços de saúde da rede local. Tanto o constrangimento gerado no público devido aos procedimentos de segurança quanto os riscos de fuga ou resgate acabam fazendo com que a unidade de saúde priorize o atendimento dos presos, o que acaba gerando insatisfação no restante da população. Além disso, as questões relacionadas ao financiamento foram também apontadas como objeto de debate no conselho, sendo ressaltado que o investimento municipal tem sido superior ao do governo estadual (Entrevistado 16, 2013).

#### *3.3.1.5. Articulação Intersetorial e intergovernamental*

Em nível estadual o principal mecanismo de articulação intersetorial foi a realização de reuniões conjuntas para realização de planejamento e acompanhamento das ações. Até 2011 estas reuniões eram realizadas conforme demanda, passando em 2012 a ter periodicidade semanal (Entrevistado 10, 2013). De acordo com informações colhidas em entrevistas com técnicos das secretarias estaduais de saúde e defesa social, os trabalhos da comissão interinstitucional, criada para acompanhar a implantação do plano estadual, estão suspensos desde a criação da coordenação, no final de 2007; “ela [a comissão] veio atuando, mas em 2007, com a fundação da coordenação, essa comissão deixa de ter a função dela, porque aí tem uma coordenação pra cuidar” (Ibidem).

Quanto aos desafios e facilidades da articulação intersetorial no processo de implementação do plano, a técnica da SES/MG aponta entre os desafios presentes referem-se a responsabilidade da saúde em coordenar ações que serão realizadas em unidades e por equipes gerenciadas por outra secretaria, em um contexto no qual as questões relacionadas à segurança prevalecem sobre quaisquer outras e no qual a saúde do público alvo, muitas vezes, acaba sendo enxergada como privilégio; “a gente trabalha na casa dos outros” (Entrevistado 10, 2013). Como avanço foi pontuado o reconhecimento do órgão gestor do sistema penitenciário sobre a competência do setor saúde para a gerência dos serviços: “eles (SEDS) enxergarem que a saúde é quem faz melhor saúde”; “não tem como, num todo, eles gerenciarem saúde” (Ibidem).

Ainda relacionado à articulação intersetorial, vale destacar a atuação do Ministério Público Estadual (MPE). Em 2008, em vista às frequentes denúncias recebidas, o MPE solicitou ao governo estadual, dentre outras coisas, a reformulação do POE Prisional-MG. Tal iniciativa promoveu a inserção do tema na agenda do alto escalão das duas secretarias estaduais, entrando em pauta a proposta de municipalização da assistência em saúde prisional, que no momento não foi aprovada. Em 2012, o Ministério Público voltou a solicitar reuniões com as secretarias envolvidas, buscando acompanhar mais de perto as ações desenvolvidas (Ibidem).

A participação das universidades na implementação se concentrou na oferta de estágios curriculares aos estudantes da área da saúde, contribuindo nos atendimentos em saúde, não exercendo assim influências significativas no que se refere à orientação da política em questão (Entrevistado 11, 2013; Entrevistado 12, 2013).

Vale destacar que o processo de assunção das cadeias públicas se deu de forma desarticulada da discussão sobre a estrutura de saúde e necessárias articulações e pactuações com a rede municipal e regional. Da mesma forma ocorreu nos momentos de inauguração de novas unidades, até mesmo aquelas destinadas especialmente ao cuidado de saúde. Tal fato, por um lado, acarretou no aumento da população alvo do POE Prisional MG sem, por outro, garantir uma estrutura mínima para organização da atenção em saúde (Entrevistado 10, 2013).

Quanto ao trabalho intersetorial in loco, observamos que, na maioria das unidades prisionais mineiras, alegações de segurança justificam que os profissionais de saúde não entrem nos pavilhões para acolher as demandas de saúde dos presos e promover o acesso direto à equipe de saúde<sup>60</sup>. Assim, para que o preso seja atendido pela equipe de saúde faz-se necessário que este apresente sua queixa ao agente penitenciário que, por sua vez, reporta à equipe de saúde. Para tanto, o preso lança mão de bilhetes, conhecidos internamente nos presídios mineiros como “catu” ou “catatau”<sup>61</sup>, no qual ele descreve o que está sentindo e entrega ao agente para que este leve até os profissionais de saúde. A partir de então, os profissionais avaliam as queixas recebidas e definem quais presos deverão ser atendidos.

---

<sup>60</sup> Observação in loco, ratificada pela direção das unidades, profissionais de saúde e técnicos da gestão estadual.

<sup>61</sup> O Sistema prisional mineiro institucionalizou o “catu” através do Programa Fale Conosco, através do qual o preso recebe fichas próprias para escrever seus pedidos para a equipe de atendimento, que engloba setor jurídico, saúde, assistência social, educação.

No que se refere às articulações entre governo estadual e governos municipais, estas geralmente se dão conforme demanda do nível local - seja as Secretarias Municipais de Saúdes ou unidades prisionais -, mediante problemas enfrentados na assistência ao preso (Entrevistado 10, 2013). Desde 2010, o governo estadual tem buscado maior aproximação com os governos locais para pactuação das referências de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, bem como aproximar os gestores do contexto de saúde no sistema prisional. Este processo tem se dado através da definição de referências técnicas estaduais nos órgãos regionais de saúde da SES-MG e da realização de reuniões entre estas, os gestores locais de saúde e diretores das unidades prisionais (Ibidem).

Em entrevista realizada com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de um município mineiro que possui unidades prisionais em seu território, identificamos que, devido às demandas apresentadas pelo sistema prisional para acesso aos serviços de saúde da rede local, foi criado um setor de vigilância em saúde da população privada de liberdade. Quando questionados sobre a relação estabelecida junto ao sistema prisional, os relatos foram de uma boa parceria com as unidades, buscando realizar capacitações dos profissionais e, também, ações educativas junto aos presos, na tentativa de potencializar as ações realizadas no interior da unidade e minimizar a necessidade de encaminhamentos para atenção especializada ambulatorial ou urgências (Entrevistado 14, 2013; Entrevistado 15, 2013). Por outro lado, no que se refere à cooperação intergovernamental, foi enfatizada as consequências da falta de equipes mínimas no interior das unidades, acarretando aumento das demandas por atendimento de média e alta complexidade que, somado ao baixo financiamento estadual no que se refere ao custeio das ações, gera sobrecarga ao orçamento municipal (Ibidem).

Nós recebemos um repasse do estado<sup>62</sup>, mas esse repasse é bem aquém do que o município gasta com o preso, com o sistema prisional... Nós atendemos também a atenção primária por não ter a equipe mínima formada dentro dos presídios. O que nós precisamos é ter pelo menos, com 5.019 presos, pelo menos duas equipes de PSF atendendo a esse público. Aí eles sobrecarregam o sistema, tanto as UBRs (Unidade Básica Regional) quanto as UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) quanto ao Hospital. Porque, na verdade essas ações básicas de saúde, quem deveria fazer era o estado, mas a gente acaba absorvendo porque não tem equipe mínima lá dentro. (Entrevistado 14, 2013)

---

<sup>62</sup> Deliberação CIB-SUS/MG nº 623 de 03 de fevereiro de 2010, que trata de incentivo para cobertura de Média e Alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar na Programação Pactuada Integrada/PPI-MG, destinados à população privada de liberdade do Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais. Recursos provenientes de repasse do governo federal ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade do Estado de Minas Gerais.

Vale destacar que das 5 (cinco) unidades prisionais localizadas neste município, 4 (quatro) possuem registro de equipes de saúde prisional cadastrada no CNES, pelas quais são repassados recursos federais ao estado para custeio e suas ações.

No próximo capítulo os elementos descritivos referentes ao caso de Minas Gerais neste apresentado, assim como os referentes ao dos demais casos, serão retomados e analisados.

### **3.3.2. Rio Grande do Sul**

No Rio Grande do Sul, a administração das unidades penais do Sistema de Execução Penal encontra-se sob a responsabilidade da Secretaria da Justiça e Segurança Pública, através da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE). O estado não possui mais cadeias públicas. Toda a população presa encontra-se em unidades prisionais sob administração da SUSEPE. Em 2012, o Rio Grande do Sul contabilizou 102 unidades, distribuídas em 71 municípios, contabilizando ao total uma população de 30.068 presos, sendo assim o terceiro estado brasileiro com maior população prisional.

#### **3.3.2.1. Contexto do Problema**

As discussões sobre a organização da saúde no sistema prisional no governo do Rio Grande do Sul também se iniciaram com a construção do PNSSP. Anteriormente a isso, a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações era atribuída exclusivamente à SUSEPE (Entrevistado 17, 2012). Assim como em Minas Gerais, o processo de discussão e elaboração do plano nacional possibilitou a articulação intersetorial no âmbito estadual (Ibidem).

A primeira versão do POE-Prisional RS foi elaborada em 2005, na qual a SUSEPE ainda mantinha sobre sua responsabilidade a execução das ações de saúde das grandes unidades prisionais, ou seja, aquelas com população maior que 100 presos. Todavia, mediante as dificuldades apresentadas pela SUSEPE para viabilizar a implantação das equipes mínimas de saúde, e também, pelo reconhecimento das competências constitucionais atribuídas aos municípios no que se refere a execução das ações de saúde<sup>63</sup>, a SES-RS ganhou maior

---

<sup>63</sup> Resolução CIB/RS n°101 de 08 de junho de 2006.

protagonismo, propondo a municipalização da gestão das ações e serviços de saúde do sistema prisional (Ibidem). Nesse processo, os entrevistados apontaram como elemento essencial a *vontade política* da SES em assumir o problema, a partir da aquisição de maiores responsabilidades, especialmente com a criação incentivo estadual a ser repassado aos municípios. Isso fez com que o arranjo da política fosse reestruturado no intuito de promover maior integração à lógica do SUS, o que acabou por diferenciar a experiência do Rio Grande do Sul das diversas outras experiências do país no que se refere ao desenho da organização da atenção em saúde prisional (Entrevistado 17, 2012; Entrevistado 18, 2012).

Vale destacar também que o departamento de tratamento penal da SUSEPE tem contado em sua direção com alguém que possui uma trajetória na saúde e no SUS, com participação no CES-RS e, portanto, com conhecimento sobre a saúde pública e os mecanismos de funcionamento do SUS. Tal fato é apontado pelos entrevistados como um facilitador importante por favorecer a compreensão das questões trazidas pela SES-RS no interior da Secretaria de Justiça e Segurança Pública, facilitando a articulação intersetorial, contribuindo para o avanço das discussões do POE Prisional no interior da Secretaria de Justiça e Segurança Pública, bem como para o desenvolvimento de ações conjuntas com a SES/RS (Ibidem).

### 3.3.2.2. Contexto do Desenho

#### *Regras e Organização do Plano Operativo Estadual de Atenção a Saúde do Rio Grande do Sul (POE Prisional-RS)*

Movidos, também, pela publicação da Portaria 1777/2003, que trata do PNSSP, o POE Prisional-RS teve sua elaboração iniciada em outubro 2003, através dos trabalhos de um grupo instituído formalmente pelo Governo Estadual<sup>64</sup> e composto por servidores da Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria da Justiça e Segurança Pública. Veio a ser aprovado em CIB e pelo CES no ano 2005<sup>65</sup> e habilitado nacionalmente somente em 2008<sup>66</sup>.

---

<sup>64</sup> Portaria Conjunta nº001 de 09 de outubro de 2003, definida pelo Secretário da Justiça e Segurança, e Secretário de Estado da Saúde, que designa a formação de grupo de trabalho para formulação do POE Prisional-RS.

<sup>65</sup> Resolução CIB/RS nº177/05 e Resolução CES/RS nº008/05, respectivamente.

A gestão do POE Prisional-RS foi atribuída à Secretaria Estadual de Saúde (SES) em co-responsabilidade continuada da Secretaria de Justiça e Segurança. De acordo com o POE Prisional-RS, a co-responsabilidade se dá “especialmente no que se refere à execução e aperfeiçoamento da atenção à saúde da população prisional e do processo contínuo de monitoramento e avaliação da implementação das propostas definidas.” (p.10).

Inicialmente, quando da formulação e aprovação do POE Prisional – RS, em 2005, a gerência das ações e serviços de saúde das unidades penais com população maior que 100 presos era de responsabilidade da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), vinculada à Secretaria de Justiça e Segurança do Rio Grande do Sul, órgão gestor do sistema prisional do estado. Todavia, ficava também aberta a possibilidade da mesma pactuar, junto aos municípios, para que estes assumissem a atenção em saúde, salvaguardada as necessidades de aprovação de termo de compromisso nas instâncias intergovernamentais de pactuação do SUS e conselhos envolvidos. Quanto àquelas unidades que tinham população menor que 100 presos, o plano seguia as diretrizes nacionais que prevê o atendimento por equipe de saúde da rede municipal.

Em 2006, a partir da Resolução CIB/RS nº101, o Governo Estadual criou um incentivo visando induzir os municípios a assumirem a gerência das ações e serviços de saúde prisional nas unidades com população maior que 100 presos. Neste mesmo ano a SUSEPE se comprometeu a ceder para a gerência dos municípios os recursos humanos existentes e lotados nas unidades prisionais com mais de 100 pessoas presas, ficando sob sua responsabilidade a disponibilização dos profissionais das categorias da assistência social e psicologia, os quais não seriam cedidos aos municípios, mas integrariam a equipe municipal de saúde prisional. Dessa forma, foi instituída a formação de equipes híbridas, compostas por profissionais do município e do estado que, por sua vez, estariam submetidas à gerência municipal para realização da atenção primária em saúde no sistema prisional. A SUSEPE ficou responsável também por fornecer os medicamentos complementares necessários ao aumento da resolutividade das equipes municipais, realizar o transporte do preso aos serviços hospitalares e ambulatoriais, sempre que necessário, respeitando os fluxos definidos pela rede municipal e garantindo a segurança da equipe de saúde<sup>67</sup>. Seguindo, além das

---

<sup>66</sup> Portaria GM nº1935 de 17 de setembro de 2008, qualifica o Estado do Rio Grande do Sul a receber o incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

<sup>67</sup> Estas responsabilidades estão definidas nas Resoluções CIB/RS nº 257/2011 e nº054/2010, respectivamente.

responsabilidades pela execução das ações de atenção primária nas unidades penais com população maior que 100 presos, desde então transferidas aos governos municipais a partir da referida resolução, foram mantidas as responsabilidades destes no que se refere à garantia do atendimento em média e alta complexidade, conforme já previsto na diretriz nacional. Foi também estabelecido o dever de manutenção dos sistemas de informação de saúde devidamente alimentados (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Para o órgão estadual da saúde, coube, então, a responsabilidade de assessorar os municípios no processo de habilitação, garantindo a regularidade do repasse dos incentivos estaduais; realizar o monitoramento da implantação dos planos municipais em conjunto com a SUSEPE e realizar capacitações para as equipes municipais de saúde, conforme demanda apresentada (Ibidem).

### *3.3.2.3. Financiamento, Acompanhamento e Avaliação*

Inicialmente, em 2005, a única fonte de financiamento prevista no POE Prisional-RS era o incentivo de atenção à saúde no sistema penitenciário, proveniente do governo federal, que deveria ser repassado pela SES-RS à Secretaria de Justiça e Segurança Pública. Com a Resolução CIB/RS nº101 de 2006, entretanto, foi criado o Incentivo Financeiro Estadual visando a implantação de Equipes municipais de saúde prisional nas unidades penitenciárias com mais de 100 presos. O incentivo era de caráter complementar ao incentivo federal, sendo o valor máximo previsto de R\$48.000,00 (quarenta e oito mil reais) anuais por equipe completa<sup>68</sup>, transferidos do Fundo Estadual de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios habilitados.

Em 2010, através da Resolução CIB/RS nº 054, o governo estadual aumentou o teto do incentivo por equipe/ano para 80.000,00 (oitenta mil reais). Além disso, criou outros dois incentivos: um para despesas de investimentos (construção, ampliação, equipamentos e material permanente) para cada unidade de saúde prisional habilitada e outro para apoio aos

---

<sup>68</sup> Este valor variava conforme a cessão de funcionários da SUSEPE à Gerência municipal. Quanto maior o número de funcionários cedidos, menor a necessidade de complementação da equipe pelo município, menor o valor do incentivo estadual a ser repassado, conforme disposto abaixo:

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| - Médico: R\$38.000,00/ano     | - Técnico de Enfermagem: R\$7.000,00/ano            |
| - Enfermeiro: R\$14.000,00/ano | - Auxiliar de Consultório Dentário: R\$7.000,00/ano |
| - Dentista: R\$14.000,00/ano   |   |

hospitais SUS a fim de viabilizar a atenção hospitalar e ambulatorial para a população prisional, no valor de R\$ 2.800,00 por leito/mês.

Para o recebimento deste último, os hospitais deveriam manter ala especial, com leitos exclusivos, destinada ao atendimento da população prisional, seguindo critérios de segurança definidos pelo órgão gestor do sistema prisional gaúcho; prestar assistência hospitalar e ambulatorial de serviços de apoio-diagnóstico e terapêutico; bem como garantir as adequações físicas necessárias, de modo a viabilizar o atendimento hospitalar aos presos. Seguindo a resolução, coube à SUSEPE, a execução da vigilância e promoção da segurança na área hospitalar; realização do transporte dos presos, sempre acompanhados dos laudos médicos para emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), de acordo os fluxos do SUS; além da oferta de acompanhamento de agentes penitenciários aos profissionais que atuam no hospital, sempre que solicitado.

Em 2011, por meio da Resolução CIB/RS nº 257/2011, ainda vigente, foram redefinidos os parâmetros de repasse do incentivo estadual às equipes municipais, passando estes a serem dispostos conforme a população, mantido o teto de R\$80.000/ano a serem repassados mensalmente R\$6.666/mês, Fundo a Fundo. Nesta resolução foi aprovada também a criação de incentivo estadual complementar para as equipes municipais de saúde prisional, destinado ao “custeio da unidade de atenção básica, compra de kits de materiais de consumo e insumos, manutenção de equipamentos e apoio técnico-administrativo”, no valor de R\$2,78 por preso.

Ainda, no mesmo ano, foi publicada a Resolução CIB/RS nº 453/2011 readequando os valores e parâmetros do incentivo de investimento destinado às ações de construção, ampliação, equipamentos e material permanente, repassados por equipe de saúde implantada. Por meio deste mesmo instrumento foi também criado incentivo para despesas de adequação e reforma das unidades básicas de saúde prisional implantadas. Ambos repasses serão realizados aos gestores municipais, em parcela única, mediante apresentação de plano de trabalho aprovado pela SES-RS e Conselho Municipal de Saúde (Quadro 05).

Quadro 5 - Incentivos estadual e federal repassados aos municípios gaúchos sede de unidades penais, por equipe prisional implantada, ano 2011.

	Objeto	Critério de repasse	Parâmetros Pop.	Valor R\$/mês	
Incentivos Estaduais	I	Custeio das equipes	Assinatura de Termo de compromisso (resolução CIBSUS nº257/2011); Aprovação de Plano Municipal de Atenção em Saúde Prisional em CIB e Conselho Municipal de Saúde; Repasse por equipe; Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde	UP até 100 presos	
				UP de 100 até 300	R\$ 8.220,00
				UP de 301 até 500	R\$ 9.220,00
				UP de 501 até 700	R\$ 10.220,00
				UP de 701 até 1.000	R\$ 11.220,00
				UP de 1.001 a 2.000	R\$ 12.220,00
				UP de 2.001 a 3.000	R\$ 13.220,00
		UP acima de 3.000	R\$ 14.220,00		
	II	Custeio da unidade básica de saúde prisional; compra de kits de materiais de consumo e insumos; manutenção de equipamentos e apoio técnico-administrativo.	Idem incentivo I, no entanto este é repassado por unidade básica e não por equipe.	Per capita	R\$ 2,75
	III	Construção, ampliação, equipamentos e material permanente para as unidades prisionais (UP)	Apresentação de Plano de Trabalho aprovado pela SES e Conselho Municipal de Saúde Parcela única De acordo com disponibilidade financeira da SES/RS Por UBS Prisional	UP até 1000 presos	R\$ 100.000,00
UP referência às gestantes				R\$150.000,00	
UP acima de 1000 presos				R\$150.000,00	
Incentivos Estaduais	IV	Adequação e reforma das unidades prisionais	Apresentação de Plano de Trabalho aprovado pela SES/RS, Conselho Municipal de Saúde, Vigilância Sanitária Estadual e Municipal, e Engenharia Prisional (SUSEPE) Parcela única por equipe De acordo com disponibilidade financeira da SES/RS	UP até 1000 presos	R\$ 100.000,00
				UP referência às gestantes	R\$150.000,00
				UP acima de 1000 presos	R\$150.000,00
	V	Apoio aos hospitais SUS para atendimento ambulatorial e hospitalar a população prisional	Atendimento aos critérios de Segurança da SUSEPE	Por leito	R\$2.800,00

Incentivo Federal	Custeio das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde prisional	Aprovação de Plano Municipal de Saúde Prisional em CIB e Conselho Municipal de Saúde	UP até 100 presos	R\$ 1.890,00
			Equipe (101 a 500 presos)	R\$ 3.780,00

No que tange ao monitoramento das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde e avaliação das metas de assistência definidas nos planos operativos municipais, estes deveriam ser efetuados pela SES/RS, em conjunto com a SUSEPE (RIO GRANDE DO SUL, 2006; 2011a).

A integração dos profissionais da SUSEPE e equipes municipais de saúde prisional, bem como a segurança da pessoa presa e da equipe de saúde, seriam de competência da SUSEPE, através da Divisão de Saúde, e demais setores<sup>69</sup> (RIO GRANDE DO SUL, 2006). A prestação de contas dos recursos recebidos deverá ser realizada através do Relatório de Gestão Municipal de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2006; 2011a).

#### 3.3.2.4. Implementação do POE Prisional - RS

O Sistema Prisional do Rio Grande do Sul, quando da aprovação do POE Prisional-RS, em 2005, contava com 22.000 detentos, distribuídos em 92 estabelecimentos prisionais (RIO GRANDE DO SUL, 2005). Em 2012, o estado contabilizou 102 unidades penais, distribuídas em 71 municípios e uma população de 30.068 presos.

Assim como em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul também possui uma seção de saúde da população prisional em seu organograma, responsável pela implantação e gestão do POE Prisional – RS e localizada no departamento de ações de saúde, sob o eixo de diversidades e transversalidades. Observamos também que o Plano Estadual de Saúde 2009-2011 possuía uma seção específica destinada à tratar do tema da saúde prisional<sup>70</sup>. Nesta é explicitada a organização do POE Prisional - RS, apontando

<sup>69</sup> A portaria não especifica quais seriam estes setores, no entanto acreditamos que se refira aos setores que compõe a unidade prisional, em especial a equipe de segurança.

<sup>70</sup> Infelizmente não tivemos acesso aos Planos Estaduais anteriores, para verificação de quando esta seção foi incorporada. Todavia, a sessão que trata da execução financeira estadual dos anos de 2007-2008 traz um quadro de alocação e valor liquidando, onde consta em 2008 a previsão de recursos voltados para a implantação de equipes no sistema prisional, obtendo ao final do referido ano uma execução de 56% do recurso previsto. Isto

algumas experiências municipais, a importância sanitária da intervenção voltada para a população prisional, na qual o controle do HIV é especialmente destacado, bem como as metas previstas para a área, quais eram:

- (...) - implementar 32 equipes de saúde prisional até 2010, repercutindo no atendimento de saúde de 16.000 apenados (Projeto Estruturante – RECOMEÇAR);
- sistematizar o processo de monitoramento e avaliação em 100% das unidades prisionais implantadas;
- elaborar perfil epidemiológico de 100% da população carcerária;
- realizar tratamento em 100% da população prisional em DST/AIDS;
- realizar estudo de prevalência e incidência de HIV/DST (sífilis) /Hepatites virais e tuberculose 100% da população consentida;
- criar protocolos de atendimento para as profissões em 100% das unidades prisionais de saúde implantadas;
- organizar seminários mensais itinerantes abordando temas de interesse das equipes de saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2009; p. 391)

De 2010 ao final de 2012, o número de equipes de saúde prisional no Rio Grande do Sul passou de 8 para 20, distribuídas em 13 municípios (Tabela 5), correspondendo a uma cobertura potencial de 54,6% da população prisional gaúcha. De acordo com a SES/RS, essa ampliação ocorreu a partir do processo de municipalização incentivado pelo governo estadual, desenvolvido através do trabalho conjunto entre gestão municipal de saúde, Secretaria Estadual de Saúde e suas Coordenadorias Regionais, e a SUSEPE (Entrevistado 18, 2012).

Quanto ao conhecimento do perfil epidemiológico da população prisional, esta ainda se mantém como uma deficiência encontrada na implementação do POE Prisional-RS (Ibidem), sendo também uma necessidade nacional, até o momento não enfrentada por nenhum estado brasileiro, nem mesmo pelo governo federal. Ainda, no que se refere à produção de informações em saúde, nas entrevistas realizadas, identificamos também a existência de problemas em relação à alimentação dos Sistemas de Informação em Saúde. Segundo informações coletadas, o registro dos procedimentos de saúde realizados e das notificações de agravos é realizado nos sistemas vigentes, todavia fazem-se necessários ajustes para que sejam identificados dentre as demais informações produzidas no município. Em outras palavras, não tem sido possível identificar, dentre toda a produção ambulatorial realizada no município, quais foram realizadas no sistema prisional, uma vez que a

---

nos traz indícios de que as ações de saúde prisional já se encontravam presentes no Plano Estadual de Saúde 2006-2008.

alimentação dos dados não está vinculada ao CNES da unidade prisional (Entrevistado 18, 2012; Entrevistado 19, 2012; Entrevistado 20, 2012).

Tabela 5 - Cobertura das equipes de saúde prisional por municípios habilitados ao POE-Prisional – RS, 2012.

<b>Município</b>	<b>Pop. Prisional</b>	<b>Nº UBS* Prisional</b>	<b>Nº Equipes</b>
Charqueadas	6.000	4	6
Montenegro	1.120	1	1
Osório	1.103	1	1
Porto Alegre	5.000	2	3
Santa Rosa	322	1	1
São Luiz Gonzaga	205	1	1
Ijuí	557	1	1
Três Passos	249	1	1
Sta. Vitória do Palmar	83	1 ESF**	1
Pelotas	862	1	1
Santo Cristo	90	1 ESF	1
Santa Cruz do Sul	526	1	1
Guaíba	217	1	1
<b>Total</b>	<b>16.334 (54,6%)</b>	<b>17</b>	<b>20</b>

\*Unidade Básica de Saúde; \*\* Equipe de Saúde da Família. Fonte: SES-RS, 2012.

Seguindo ainda a lógica do financiamento instituída, no intuito de observarmos a aplicação dos recursos, buscamos também averiguar as informações referentes à execução dos municípios em relação ao componente de saúde no sistema penitenciário no ano de 2012 (Tabela 6). Ao consultarmos os dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) observamos que grande parte dos municípios habilitados ao POE Prisional-RS não declarou qualquer execução do recurso repassado pelos governos federal e estadual. Ainda, nenhum município declarou alocação de qualquer receita local destinada à saúde da população presa. Por outro lado, dentre aqueles que declaram execução do recurso, somente Santa Cruz do Sul declarou não ter executado todo o recurso; os demais afirmam ter executado valores acima das receitas, com especial destaque ao município de Três Passos que alega execução de 520% do total das receitas arrecadadas.

Tabela 6 - Receitas e Despesas dos municípios do Rio Grande do Sul habilitados ao POE Prisional-RS, relativos ao componente de saúde no sistema penitenciário, ano 2012.

Municípios	Receitas (R\$)				Despesas Pagas (R\$)	%
	Federal	Estadual	Municipal	Total*		
Charqueadas	264.600,00	1.122.000,00	0,00	1.404.258,88	1.454.256,32	104
Montenegro	52.920,00	0,00	0,00	52.920,00	0,00	0
Osório	486,00	0,00	0,00	486,00	0,00	0
Porto Alegre	0,00	296.700,00	0,00	296.939,99	406.318,98	137
Santa Rosa	52.920,00	139.568,11	0,00	198.498,36	244.812,00	123
São Luiz Gonzaga	O município não transmitiu os dados ao SIOPS					
Ijuí	26.460,00	93.880,80	0,00	121.578,67	0,00	0
Três Passos	26.460,00	116.364,82	0,00	19.583,01	101.749,65	520
Sta. Vitória do Palmar	O município não transmitiu os dados ao SIOPS					
Pelotas	26.460,00	0,00	0,00	26.591,25	0,00	0
Santo Cristo	13.230,00	0,00	0,00	13.448,78	0,00	0
Santa Cruz do Sul	26.460,00	161.912,18	0,00	190.346,80	150.110,31	79
Guaíba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
<b>Total</b>	<b>489.996,00</b>	<b>1.930.425,91</b>	<b>0,00</b>	<b>1.906.133,08</b>	<b>2.357.247,26</b>	<b>124</b>

\* Valor somado das operações de créditos, rendimentos e outros. Fonte: SIOPS, 2013.

Quanto à participação do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no processo de discussão da agenda e implementação do POE Prisional-RS, foram feitas diversas tentativas de contato com seus representantes.

### 3.3.2.5. Articulação Intersetorial e Intergovernamental

O Ministério Público Estadual do Rio Grande do Sul (MPE) se mostrou importante na articulação intergovernamental para organização da atenção em saúde no sistema penitenciário. Movido por denúncias sobre a precariedade da situação carcerária, especialmente do Presídio Central de Porto Alegre, que apresentava alta prevalência de infecção por tuberculose e HIV, o MPE resolveu convocar o poder público estadual e municipal para negociação e definição de responsabilidades no enfrentamento a esta situação. A intervenção deste órgão como mediador da relação entre governo estadual e governo municipal promoveu a articulação entre a SES-RS, SUSEPE e Secretarias Municipais de Saúde, contando também com a presença de conselhos de categorias profissionais de saúde e conselhos de saúde, fomentando discussões conjuntas que, por sua vez, favoreceram a habilitação de alguns municípios e o acompanhamento das ações desenvolvidas (Entrevistado 17, 2012; Entrevistado 18, 2012).

De acordo com técnicos dos governos estaduais e municipais, a atuação do Ministério Público promoveu uma articulação antes inexistente, tendo em vista não haver um fórum instituído para que estes atores pudessem debater sobre o problema comum (saúde prisional) que enfrentavam. Este processo, portanto, na visão dos mesmos, favoreceu a aproximação, o reconhecimento, definição de responsabilidades e maiores possibilidades de trabalho conjunto (Entrevistado 17, 2012; Entrevistado 18, 2012; Entrevistado 19, 2012; Entrevistado 20, 2012).

Outro ponto importante a ser destacado aqui, e já mencionado anteriormente, foi a presença na pasta de saúde da SUSESPE de uma figura com trajetória anterior na área do controle social da saúde, sendo considerado como um fator positivo para a articulação intersetorial.

Por fim, a partir das visitas às unidades prisionais e informações colhidas *in loco* com profissionais de saúde, também foram identificadas dificuldades no acesso destes profissionais aos pavilhões onde se encontram os presos, justificadas pela condição de superlotação e precariedade de recursos humanos necessários para garantia da efetiva segurança dos profissionais. Há também queixas relacionadas à não garantia do transporte e escolta dos presos para consultas agendadas na rede municipal, devido a priorização do atendimento às demandas judiciais, associado a falta de carro e pessoal de segurança destinado especificamente para realização das escoltas e transporte relacionado às ações de saúde. Tais dificuldades geram conflito entre equipe de saúde e segurança, enfrentados em reuniões periódicas entre município e unidade prisional (Entrevistado 19, 2012; Entrevistado 20, 2012).

### **3.3.3. Mato Grosso do Sul**

No Mato Grosso do Sul o sistema prisional é administrado pela Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (AGEPEN/MS), ligada à Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública. Assim como em Minas Gerais, o estado possui parcela da população encarcerada em cadeias públicas, tendo o processo de assunção destas, pelos órgãos da administração penitenciária, sido realizado de forma gradual e lenta. Em 2012 o Mato Grosso do Sul alcançou uma população prisional de 10.826 presos em 45 unidades prisionais distribuídas em 16 municípios.

### 3.3.3.1. Contexto do Problema

Em 2002, após a publicação da primeira portaria do PNSSP, se iniciou o processo de construção do POE Prisional MS, sendo contratados profissionais para sua elaboração. No entanto este só foi elaborado em 2003, quando foi constituída nova equipe composta por representantes da AGEPEN e da SES-MS (Entrevistado 21, 2012).

Quando questionado sobre as dificuldades enfrentadas no processo de formulação e aprovação do plano estadual, a representante da AGEPEN afirmou ter enfrentado bastante resistência no âmbito do governo estadual, uma vez que não havia clareza sobre as vantagens que tal ação poderia trazer:

“eles [gestores estaduais] achavam que iriam ter mais gastos financeiros e não iriam ter retorno. E muitos municípios, por exemplo, preferem ficar dando um médico aqui, esses grandes municípios, porque eles falam que já tem problemas demais de saúde para pegar mais esses... Os secretários municipais achavam que isso era problema do estado. Como o sistema prisional é estadual é questão do estado.” (Ibidem).

Além disso, foi relatada também resistência dos representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde.

Foi aprovado no conselho estadual de saúde em 2007, com muita resistência dos representantes dos usuários, porque eles questionavam que a gente ia criar um atendimento diferenciado enquanto eles, na comunidade, têm que ir pra fila. (Entrevistado 21, 2012)

Também, outro fator apresentado como resistência do Conselho Estadual à época da aprovação do plano, referia-se às condições de segurança do trabalhador de saúde durante a assistência em saúde (Entrevistado 23, 2012).

Por fim, o processo de discussão e formulação do POE Prisional contou somente com os representantes da SES-MS e AGEPEN, não houve participação alguma de outros atores como Ministério Público, Defensoria Pública, universidades, movimentos sociais ou mesmo de representantes da população prisional (Ibidem).

### 3.3.3.2. Contexto do Desenho

#### *Regras e Organização do Plano Operativo Estadual de Atenção a Saúde do Mato Grosso do Sul (POE Prisional-MS)*

O POE Prisional – MS foi elaborado em 2003, pela Secretaria de Estado de Saúde e Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (AGEPEN/MS). Em 2004 foi aprovado na Comissão Intergestores Bipartite – SUS/MS e no ano seguinte, pelo Conselho Estadual de Saúde<sup>71</sup>. No entanto, somente em 2008 o estado se qualificou ao PNSSP, através da Portaria nº847 de 06 de maio de 2008.

A responsabilidade de gestão foi compartilhada entre as Secretarias de Estado da Saúde e de Justiça e Segurança do Mato Grosso do Sul, bem como pelas Secretarias Municipais de Saúde, que possuem estabelecimentos prisionais em seu território. No que se refere à gerência das ações e serviços, esta deve ser exercida pela Divisão de Saúde da AGEPEN de Mato Grosso do Sul. A Secretaria de Estado de Saúde (SES-MS) ficou responsável pela contratação dos profissionais de saúde, acordo com as necessidades apontadas pela Divisão de Saúde da AGEPEN/MS. Coube à Diretoria Geral do Sistema Penitenciário da Secretaria de Justiça e Segurança Pública a contratação de psicólogos e assistentes sociais, bem como a supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pela Divisão de Saúde da AGEPEN/MS (MATO GROSSO DO SUL, 2008).

As responsabilidades atribuídas inicialmente ao poder público municipal, no POE Prisional - MS, remetem-se às dispostas pelo PNSSP, que definiu a participação das secretarias municipais de saúde na atenção secundária e terciária de toda população e garantia da atenção primária em saúde à população prisional que se encontra em unidades com até 100 presos, a qual deveria ser assistida pelas equipes da rede local (Ibidem). No entanto, em 2010, através do Decreto nº 12.962 de 14 de abril, o estado iniciou um movimento de indução à participação municipal na assistência em saúde prisional a partir da implantação de equipes municipais de saúde prisionais em unidades com população maior que 100 presos. Nesse sentido, os governos municipais passaram a ser responsáveis pela complementação dos

---

<sup>71</sup> Resolução nº 572 de 30 de junho de 2004 e Deliberação CES/MS nº 241 de 19 de setembro de 2005, respectivamente.

profissionais de saúde para composição da equipe mínima, além da responsabilização da gestão das ações e serviços, realizada conjuntamente com a AGEPEN/MS.

### *3.3.3.3. Financiamento, Acompanhamento e Avaliação*

Além do incentivo disponibilizado pelo governo federal, o estado do Mato Grosso do Sul, a exemplo do Rio Grande do Sul, criou um incentivo estadual complementar destinado ao custeio das ações de saúde prisional, a ser repassado aos fundos municipais de saúde<sup>72</sup>. Quanto aos valores, foram previstos repasses de R\$1.672,50 /mês por equipe local referenciada às unidades que possuem até 100 presos; e, para as unidades com população maior que 100 presos, o montante de R\$3.345,00/mês por equipe implantada, respeitando a composição disposta no PNSSP, sendo os profissionais, psicólogo e assistente social, disponibilizados pela Secretaria de Justiça e Segurança Pública.

Para recebimento do incentivo estadual os municípios têm que apresentar à SES/MS o relatório de inspeção da vigilância sanitária ao presídio localizado no município, contratação e cadastramento dos profissionais de saúde no CNES, bem como a anuência do Conselho Municipal de Saúde em relação ao POE Prisional – MS. Em nenhum momento foi apresentada a necessidade formal de elaboração de Plano Municipal para habilitação ao recebimento do incentivo. Todavia, em entrevista, fomos informados que, na prática, os municípios têm elaborado seus planos municipais, aprovando-os nos conselhos de saúde e apresentando estes documentos para anuência estadual e encaminhamento ao governo federal, tendo em vista ser este é um requisito ao recebimento do recurso federal (Entrevistado 21, 2012).

Com o objetivo de acompanhar a execução das ações previstas pelo POE Prisional-MS foi prevista a instituição de Comissão Interinstitucional composta pela Secretaria de Justiça e Segurança Pública, AGEPEN, SES, representantes da CIB, sociedade civil e secretarias municipais de saúde dos municípios habilitados. Esta comissão deveria, a partir dos trabalhos desenvolvidos, elaborar relatório anual e enviá-lo ao Conselho Estadual de Saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2008).

---

<sup>72</sup> Incentivo instituído através do Decreto nº 12.962 de 14 de abril de 2010,

Além disso, as equipes de saúde devem elaborar relatórios trimestrais de atividades realizadas, sendo estes discutidos conjuntamente em reuniões com a Diretoria Geral de Saúde do Sistema Penitenciário. Devem ser feitas avaliações gerais anuais do Plano com vistas a sua ampliação e incorporação de outras ações não incluídas nesse primeiro plano, avaliação das ações (Ibidem).

#### *3.3.3.4. Implementação do POE Prisional - MS*

O POE Prisional - MS iniciou-se em 2008 com uma população de 9.253 presos distribuídos em 37 unidades prisionais localizadas em 15 municípios. Em 2012 o Mato Grosso do Sul alcançou uma população prisional de 11.298 presos<sup>73</sup> distribuídos em 45 unidades prisionais sediadas em 16 municípios. Destes, somente 3 (Campo Grande, Corumbá e Dourados) ainda não se habilitaram ao POE Prisional-MS. No entanto, de acordo com as Secretaria Estadual, estes municípios se organizaram minimamente para o atendimento desta população, disponibilizando profissionais para atendimento no interior das unidades. Todavia, existe ainda uma resistência dos mesmos em assumir formalmente desta responsabilidade.

A época da habilitação do plano estadual, considerando a população prisional e número de unidades, foi instituído pelo Ministério da Saúde o teto de 28 equipes necessárias para cobertura de toda a população prisional do estado. Assim, de 2008 à 2012 o estado contabilizou um total de 17 equipes implantadas, o que corresponde a uma cobertura de 75,23%<sup>74</sup>.

Concomitantemente ao processo de elaboração do POE Prisional – MS, com o intuito de promover e acompanhar não somente as ações de saúde desenvolvidas no sistema penitenciário, mas também nos serviços socioeducativos e carceragens da polícia civil, foi

---

<sup>73</sup> Dados Infopen, 2012 - População Carcerária – Mapa Sintético. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={D574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896}&Team=&params=itemID={C37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C};&UIPartUID={2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26}>

<sup>74</sup> Tendo em vista as dificuldades encontradas para a obtenção dos dados populacionais de cada uma das unidades prisionais com equipe de saúde implantada para o cálculo da cobertura, fizemos o cálculo estimado, multiplicando o número de equipes implantadas (17) pela cobertura de 500 presos (previsto pela Portaria Interministerial 1777/2003), dividido pela população total de presos do estado.

criada a “Gerência de Saúde do Sistema Penitenciário, UNEIS<sup>75</sup> e Homem Encarcerado”, dentro da Coordenadoria de Atenção Básica da SES-MS.

Segundo dados sobre a execução dos recursos repassados aos municípios habilitados ao POE Prisional MS, identificamos vários deles com nenhuma execução financeira informada (Tabela 07). Dentre os informantes, quase todos, exceto Três Lagoas, registraram ter executado a totalidade dos recursos repassados, com destaques para os municípios de São Gabriele do Oeste e Bataguassu. Ambos declararam execução acima das receitas recebidas, o que, caso o dado esteja correto, sugere um superfinanciamento da política. Seguindo ainda os mesmos padrões do que observamos no estado do Rio Grande do Sul, não há, por parte de nenhum dos municípios elencados, a declaração de alocação de recursos locais específicos a este fim.

Importante também destacar a participação dos conselhos de comunidade e juízes da execução penal no co-financiamento de ações para melhorias estruturais das unidades. Estes órgãos são frequentemente procurados pelo governo estadual para auxiliarem nas reformas e equipagem das instalações de saúde. Além disso, os governos municipais são também frequentemente acionados para contribuir nestas ações (Entrevistado 21, 2012)

Quanto ao acompanhamento e fiscalização da política pelo Conselho Estadual de Saúde, em entrevista, foi relatado que o este não tem acompanhado as ações desenvolvidas no estado, nesta área (Entrevistado 23, 2013). Contudo, tendo em vista a participação do CES-RS na composição de um dos Conselhos da Comunidade em Campo Grande, tem sido realizado acompanhamento permanente das ações de saúde realizadas nos presídios federais no estado. Importante ressaltar que mesmo esta não sendo uma atribuição do conselho estadual, já que tais ações se encontram no âmbito da administração federal, o convite foi aceito e desde então um representante tem acompanhado as discussões junto ao conselho da comunidade e participado das visitas às unidades (Ibidem). Por outro lado, um representante do Conselho Municipal de Saúde de um dos municípios habilitados ao POE Prisional – RS relatou o acompanhamento permanente das equipes implantadas e ações realizadas no interior das unidades prisionais localizadas no município. Cabe, todavia, destacar também a presença da Diretora de uma das unidades prisionais e um egresso do sistema prisional como conselheiros municipais de saúde. A demanda pela inclusão destes representantes surgiu do

---

<sup>75</sup> Unidades de Internação Socioeducativas, voltados para adolescentes que cometeram ato infracional e que se encontram em cumprimento de medidas socioeducativas de internação e internação provisória.

fórum municipal de usuários de saúde, e tem contribuído para discussão da pauta no interior do conselho.

Tabela 7 - Receitas e Despesas dos municípios do Mato Grosso do Sul habilitados ao POE Prisional MS, relativos ao componente de saúde no sistema penitenciário, ano 2012.

Municípios	Receitas (R\$)				Despesas Pagas (R\$)	%
	Federal	Estadual	Municipal	Total*		
Amambai	52.920,00	40.140,00	0,00	105.510,00	105.510,00	100
Aquidauana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Bataguassu	79.380,00	60.210,00	0,00	141.077,56	281.495,01	200
Campo Grande	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Cassilândia	0,00	40.140,00	0,00	40.140,00	0,00	0
Dois Irmãos do Buriti	96.460,00	0,00	0,00	96.460,00	94.460,00	0
Jardim	52.920,00	0,00	0,00	52.920,00	52.920,00	100
Jatei	26.460,00	0,00	0,00	26.460,00	26.460,00	100
Naviraí	52.920,00	40.140,00	0,00	158.060,00	158.060,00	100
Paranaíba	52.920,00	0,00	0,00	52.920,00	0,00	0
Ponta Porã	112.530,00	0,00	0,00	112.530,00	127.070,81	0
Rio Brilhante	39.040,00	0,00	0,00	39.040,00	39.040,00	100
São Gabriel do Oeste	22.462,50	24.067,50	0,00	46.530,00	57.121,44	123
Três Lagoas	79.380,00	60.210,00	0,00	139.590,00	53.760,60	39
<b>Total</b>	<b>175.840,00</b>	<b>140.490,00</b>	<b>0,00</b>	<b>760.217,56</b>	<b>530.210,60</b>	<b>70</b>

\* Valor somado das operações de créditos, rendimentos, outros e recursos próprios, sendo este último definido como montantes transferidos por outros municípios referentes a cada bloco de gestão. Fonte: SIOPS, 2013.

### 3.3.3.5. Articulação Intersetorial e Intergovernamental SES-AGEPEN-SMS

De acordo com entrevistas realizadas com técnicos da SES-MS e AGEPEN-MS, a relação entre os órgãos da saúde e da execução penal foi marcada por desentendimentos no que se refere às possíveis alternativas para responder a questão: Como fazer saúde no sistema penitenciário? Quais as competências de cada instituição neste processo? Para a SES-MS as perguntas ainda persistem, no entanto, ao longo do plano foi possível uma maior aproximação entre os órgãos envolvidos, o que teria contribuído nas melhorias observadas na implementação do POE.

O que acontecia é que nós tínhamos um problema sério de operacionalização, porque a saúde e a justiça não se entendiam. E muito mais por resistência da

saúde mesmo... Esse era um nó que nós tínhamos: o problema de trabalhar em parcerias. A dificuldade de relacionamento, **a questão da competência de cada instituição, saúde e justiça**... Mas a saúde se aproximou da justiça, nós fizemos essa aproximação, e essa aproximação está sendo fundamental para que o plano operativo dê certo, dentro das nossas dificuldades... (Entrevistado 22, 2012)

O gerenciamento é da AGEPEN e com a equipe de saúde que tá lá dentro, naquele município. Diretor, todo mundo, entendeu? **Porque, como é que a gente ia deixar o gerenciamento com a Secretaria Estadual de Saúde? Não pode. Até porque a gente tá falando de saúde e segurança, nós não estamos falando só de saúde.** Então, tudo o que acontece dentro da unidade, o diretor da unidade, o administrativo tá junto ali... Por isso o meu medo, quando eu falo com o Marden [Coordenador da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde], **cuidado pra vocês não jogarem a responsabilidade para a secretaria estadual de saúde, porque não vai acontecer. Vocês jogarem a operacionalização só pra eles, não vai acontecer, eu tenho certeza que não vai.** (Entrevistado 21, 2012; grifo nosso)

Demais atores, como Ministério Público, por exemplo, não tem se mostrado presente na implementação do POE-Prisional-MS. Assim, o governo pretende instituir um fórum estadual para discussão da pauta de saúde prisional no intuito de envolver mais atores e fortalecer o tema estadualmente<sup>76</sup> (Ibidem).

Da mesma forma, como ocorre nos demais estados estudados, o acesso dos presos às equipes de saúde nas unidades prisionais é mediado pelos agentes de segurança<sup>77</sup>. No interior das unidades é observada resistência da segurança em relação ao trabalho da saúde “eu estou aqui há 27 anos, eu sou da área [saúde] que a segurança odeia” (Ibidem). A saúde é vista como “mãezinha de preso, essa é a linguagem dele” (Ibidem), explicitando o caráter protetor oferecido pela saúde a esta população, que ao olhar da segurança possivelmente não seria

---

<sup>76</sup> O abril de 2011 foi criado no Rio de Janeiro o Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário com o intuito de chamar atenção da sociedade para a gravidade dos problemas de saúde que afetam a população prisional no Rio de Janeiro e no Brasil. A iniciativa surgiu a partir do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro, como resultado de uma audiência pública cujo tema central foi o PNSSP. O Fórum se configura, portanto, como uma instância de mobilização social e política em torno do tema da saúde prisional e é composto por conselhos de categorias (Serviço Social, Psicologia, Nutrição), Conselho Estadual de Saúde e Associação dos Servidores da Assistência Penitenciária. Tal experiência tomou conhecimento nacional no I Encontro de Gestores de Saúde Prisional em 2012, no qual representantes estiveram presentes na condição de participantes. Ainda não tivemos conhecimento da instituição de demais fóruns como este no país, e nem mesmo as repercussões que esta organização já tem gerado na atenção em saúde no Rio de Janeiro. Todavia, a reprodução de instâncias como esta em outros estados vem sendo incentivada pela Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde como uma alternativa para envolvimento de demais atores com a temática.

<sup>77</sup> Este dado foi obtido a partir de visita realizada em duas unidades prisionais do estado do Mato Grosso do Sul, na qual foi possível conversar com um grupo de presos e funcionários dos presídios sobre o funcionamento das unidades e a forma de acesso dos presos aos profissionais de saúde. Em ambas, tanto funcionários quanto os presos relataram que para conseguir atendimento é necessário que o preso escreva um bilhete com suas queixas e solicite ao agente a entrega à equipe de saúde, ou então, a solicitação de atendimento pode ser também realizada verbalmente ao agente penitenciário, que por sua vez é responsável pelo encaminhamento do preso à “unidade de saúde”. Tal processo é justificado pelo fato dos profissionais de saúde não terem permissão para entrar na carceragem, por motivos de segurança.

merecedora. Nesse sentido, existe uma defesa da presença de um setor da saúde inserido nos órgãos da segurança pra viabilizar uma melhor entrada do setor neste cenário.

Agora você pensa. A pessoa vindo lá da secretaria de saúde, chegar aqui no seco, tentar entrar dentro do presídio, você acha que eles vão conseguir entrar? Não vão nunca, nunca! Ou você tem alguém aqui que faz o vínculo, que faz o link, e que viabiliza tudo. Nós fomos ensinando para a segurança que quanto mais eles liberarem pra atendimento, quanto mais os presos forem atendidos, mais eles vão poder tirar o plantão à noite tranquilo (Ibidem)

Ainda, vale destacar que o caráter híbrido da composição da equipe (parte financiada pelo estado e o restante pelo município) tem apresentado também como um fator de resistência entre os membros da equipe de saúde. Isto porque os trabalhadores da esfera estadual recebem um adicional de insalubridade (risco de vida) ao passo que o mesmo benefício não é ofertado aos profissionais do nível municipal, conferindo significativa diferença salarial (Ibidem).

A articulação do governo estadual com os governos municipais foi apontada em entrevista como fator crucial para o avanço do POE Prisional - MS. Foi relatada resistência inicial de alguns municípios em assumir a saúde no sistema penitenciário, alegando já terem problemas demais sob suas responsabilidades. Existia, portanto, uma compreensão dos municípios de que este era um problema estadual. Todavia, os governos municipais acabaram não tendo muita saída, uma vez que a não habilitação não implicaria se desligar da responsabilidade sanitária sobre a população prisional, já que em última instância o atendimento do indivíduo preso acabaria chegando à rede municipal do SUS, na qual o mesmo tem obrigação de atendimento devido ao seu caráter universal.

O que é que a gente fez para poder fazer o município aceitar a pactuação: Nós fomos de município em município. Sentamos com secretário por secretário. Explicamos quanto que ele ia ganhar com isso, com a equipe; e que se ele não atendesse, não pactuasse ele ia continuar tendo que atender ao presídio, não ia? Porque está no município dele. (Entrevistado 21, 2012)

De acordo com entrevista realizada com gestora de um dos municípios habilitados, antes de sua responsabilização formal com a saúde no sistema penitenciário,

“sempre que algum preso passasse mal e precisasse de qualquer atendimento, eles (unidade prisional) solicitavam o acompanhamento da polícia militar e iam para o hospital, não tinha o foco voltado para a promoção ou para atenção específica para essa categoria (população)” (Entrevistado 24, 2012).

Nesse sentido a gestora municipal afirma que, inicialmente, a adesão à proposta estadual representava um ônus ao município tendo em vista o subfinanciamento estadual e as responsabilidades que seriam assumidas a partir daquele momento. Na verdade, a única consequência da não habilitação seria o não recebimento dos incentivos financeiros.

Ainda, de acordo com as informações coletadas nas entrevistas, tanto o conselho municipal de saúde quanto os profissionais da rede municipal apresentaram resistências à adesão do governo local, tendo em vista o suposto à segurança das equipes de saúde durante o atendimento e o não pagamento de salário diferencial (Entrevistado 24, 2012; Entrevistado 25, 2012). Todavia, a gestora municipal afirmou que o trabalho de sensibilização estadual conseguiu contornar esta resistência.

Quanto à utilização do recurso, seja estadual e municipal, a gestora municipal relatou existir, ainda, dificuldades quanto a regulamentação da utilização do mesmo e considera que, devido a insignificância do valor, este acabou não sendo o principal motivo que levou a adesão ao plano estadual, tendo peso maior o processo de discussão e sensibilização junto às unidades prisionais. No que se refere à relação com o governo estadual durante o processo de implementação, a mesma relatou não haver nenhum fórum de negociação específico instituído, todavia afirma não apresentar nenhum problema, ressaltando ainda que a participação da diretora do presídio no conselho municipal de saúde tem contribuído para o melhor entendimento das especificidades do contexto prisional.

#### **4. Desvendando as fases do PNSSP**

Neste capítulo, a partir dos elementos levantados nos anteriores, incluindo os três casos estudados, apresentamos uma análise sobre o processo de implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Para tanto, dividimos o capítulo em cinco sessões. Primeiramente apresentamos a análise acerca do processo de formação da agenda governamental nacional e subnacional, buscando explicitar os fatores que explicam o surgimento do PNSSP. Em seguida tratamos dos aspectos relacionados ao desenho da política nacional, suas diferentes configurações estaduais e as implicações decorrentes nas relações de poder existentes entre os principais atores envolvidos no processo de implementação da política. Seguindo, abordamos os fatores relacionados à implementação da política, tomando

como eixos de análise o financiamento, o controle e participação social, as relações intergovernamentais e a articulação intersetorial. Por fim, resgatamos os pontos da análise que corroboram os argumentos expostos no modelo de Schneider & Ingram no que se refere à importância da variável do público alvo na análise de políticas públicas, e apresentamos uma proposta de interpretação da implementação do PNSSP a partir da abordagem analítica proposta pelas autoras.

#### **4.1. Agenda governamental**

Nesta sessão discutimos como se deu o processo de formação da agenda do PNSSP em âmbito nacional e subnacional, buscando apresentar os elementos explicativos sobre o surgimento desta ação governamental.

##### **4.1.1. A formação da agenda nacional**

A análise documental e das entrevistas realizadas indica que o tema da saúde prisional não se encontrava na agenda do governo Fernando Henrique Cardoso, ou seja, não estava no centro das discussões políticas, não sendo, portanto, reconhecido como um problema público relevante. Todavia, observamos que o tema do sistema prisional e as questões relacionadas à efetividade do seu funcionamento no âmbito da justiça criminal brasileira conseguiram acessar as arenas políticas, sendo pautado nos debates públicos, mesmo que de maneira coadjuvante.

Ao investigarmos as iniciativas existentes e o contexto político no período dos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso, com o objetivo de encontrar indícios sobre a inserção do tema da saúde prisional na agenda governamental, identificamos no primeiro momento a presença de importantes críticas dos organismos internacionais de direitos humanos sobre a situação carcerária brasileira (ADORNO, 2003). Tais críticas, veiculadas pela mídia internacional, levaram à construção de uma imagem negativa do país e contribuíram para a inserção da pauta dos direitos humanos na agenda política brasileira, na qual as questões relacionadas ao sistema prisional apresentavam relevância. A partir daí tiveram lugar diversas iniciativas que levaram à elevação da pauta dos direitos humanos no cenário político brasileiro, como a criação da Comissão de Direitos Humanos e Minorias na

Câmara dos Deputados (1995), os lançamentos dos PNDHs (1996, 2002), a criação da Secretaria Nacional de Direitos Humanos (1997), a permissão para a visita regular de observadores e relatores especiais para os direitos humanos, a ratificação de convenções e protocolos internacionais de cooperação relacionados à proteção dos direitos humanos, as visitas da alta comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Mary Robinson (2000, 2002), além da criação da Comissão de Tutela dos Direitos Humanos (2002).

Importante destacar que todas estas iniciativas não se restringiam exclusivamente ao tratamento das questões do sistema prisional, mas estas sempre tiveram lugar importante na discussão da proteção dos direitos humanos, especialmente no que tange a ações voltadas à ampliação das vagas do sistema prisional, à prevenção e combate à tortura, bem como à formação de agentes penitenciários e operadores da justiça.

Nesse sentido, observamos que o problema da saúde se inseriu dentro do rol de violações dos direitos humanos identificados no âmbito do sistema prisional, sendo previstas ações nas duas versões do PNDH. Entretanto, este problema não assumiu a mesma importância e o mesmo apelo social e político diante de outras questões como, por exemplo, a falta de vagas, a necessidade de reestruturação do sistema de justiça criminal de modo a oferecer penas mais rígidas, com estrutura que permita maior controle sobre a vida do indivíduo - questões estas que, por vezes, também não aparecem associadas ao debate dos direitos humanos, mas estão coladas ao debate sobre o problema do sistema carcerário brasileiro.

A partir dos relatórios de atividades da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados, no período de 2000 a 2012, podemos observar que a “crise do sistema penitenciário” foi frequentemente debatida, especialmente a partir das recorrentes rebeliões e mortes ocorridas no interior das prisões. Foram realizadas caravanas e visitas às prisões em todo o país; instituída comissão parlamentar de inquérito para investigar os problemas do sistema prisional, e em alguns momentos são citadas as “condições deploráveis” de saúde, aí incluindo a falta de assistência, escassez de profissionais, precárias condições de higiene, dentre outros problemas. No entanto, consideramos que estes achados são vistos como elementos que compõem o cenário do problema do sistema prisional e, assim, não se apresentam como questão relevante ou central. É importante destacar também que, no período citado, foi observada a proposição de somente uma emenda legislativa ao orçamento da

União, prevendo investimentos voltados à assistência aos presos, às vítimas e egressos do sistema penitenciário, mas que acabou sendo rejeitada.

Outro ponto a ser mencionado refere-se à ausência de grupos de interesse organizados em torno do tema da saúde prisional. Não identificamos nenhum grupo político, comunidade epistêmica<sup>78</sup> ou organização da sociedade civil que tenha alguma expertise relacionada ao tema, ou mesmo que defenda algum posicionamento desta especificidade. Mesmo a Pastoral Carcerária, a única organização da sociedade civil que identificamos ter participado de alguma maneira do processo de construção do PNSSP, não o fez a partir de um conhecimento específico e aprofundado sobre a realidade de saúde no sistema prisional, mas a partir da defesa da vida e dos direitos humanos de forma geral, no qual o componente de saúde é um dos elementos da reivindicação.

Também chama atenção a ausência de informações relacionadas ao tema. Mesmo constando dentre as ações do I PNDH a realização de um levantamento epidemiológico da população carcerária brasileira, até o momento esta ação não foi realizada e não se sabe ao certo qual é a realidade epidemiológica e sanitária do sistema prisional brasileiro, ou seja, quais os principais agravos e necessidades de saúde existentes. Não se sabe do que se adoce e do que se morre no interior do sistema prisional brasileiro. Como apresentado no capítulo 2, Kingdon (1995) nos aponta que a existência de dados, indicadores e feedbacks de políticas capazes de oferecer informações e diagnósticos sobre a realidade (*fluxo de problemas*) podem contribuir para o reconhecimento de problemas públicos e a inserção de temas na agenda governamental. Da mesma forma em que a disputa de interesses entre grupos políticos (*fluxo da política*) e a existência de comunidades de especialistas (*fluxo de políticas públicas*) capazes de apontar alternativas para a solução dos problemas apresentados, constituem elementos importantes para que determinado tema emergja na esfera pública e seja reconhecido enquanto um problema e incorporado no processo de formação da agenda governamental. É razoável supor que a ausência desses elementos (grupos de interesses, comunidades de especialistas e informações/ feedbacks de políticas) tenha contribuído para a invisibilidade do tema da saúde prisional na agenda governamental.

---

<sup>78</sup> Observamos a participação de um membro da universidade no processo de discussão e formulação do PNSSP, inserido devido à sua experiência e interesse com pesquisa sobre DST/AIDS no sistema prisional. Não se referia, portanto, a um estudioso das questões da assistência em saúde, de forma geral, no contexto prisional. Assim, não podemos atribuir a existência de uma comunidade epistêmica relacionada às questões específicas da saúde no sistema penitenciário, a despeito das comunidades constituídas no Brasil no que se refere à temática da saúde pública / coletiva e justiça criminal, de forma geral.

Por outro lado Schneider e Ingram (1997), ao trazerem o público alvo como variável na análise do processo das políticas públicas, afirmam que a população desviante (criminosos) geralmente possui pouca representatividade na agenda governamental quando se trata da previsão de ações que lhe beneficiam. Diferentemente, quando se trata de políticas públicas que preveem ônus ou prejuízo, nas quais a população desviante frequentemente é apresentada como público alvo, políticas que preveem o aumento das ações repressivas, recrudescimento de penas e sanções encontram espaço destacado na agenda governamental.

Tal percepção é reafirmada por um dos entrevistados que participou da formulação do PNSSP, à época como técnico do Ministério da Justiça, como podemos observar no trecho abaixo:

“(…) a população carcerária brasileira sempre esteve alijada das agendas políticas e consequentemente das políticas públicas, em todas as áreas – saúde; educação; trabalho; assistência social etc. Isto se explica em grande parte pelo preconceito da sociedade em relação às pessoas presas, consideradas de menor valor e importância; pelo crescimento da criminalidade que atinge a sociedade e exposta pela mídia a cada minuto reforçando o sentimento de que não tem jeito e que “*bandido bom é bandido morto*”; a atuação política dos legisladores dominados pelo sentimento de lei e ordem fazendo com que a cada crime de repercussão se produza mais leis cuja aplicação se revelam inviáveis; o equívoco das autoridades e da sociedade de que o problema do preso é das polícias e do judiciário, eximindo-se de suas responsabilidades; e o efeito psicológico causado à sociedade pela ação violenta dos criminosos” (Entrevistado 1, 2013; grifos do autor)

Nesta reflexão sobre a especificidade do público alvo e sua representatividade na agenda governamental, nos parece importante retomar aqui a constatação da inexistência de grupos interesses, bem como a constatação da baixa participação da sociedade civil organizada. Tais constatações nos levam a uma reflexão sobre a baixa capacidade da população prisional e segmentos sociais próximos (familiares e amigos) para se organizar, vocalizar, participar e defender seus interesses nas arenas políticas existentes ou, ainda, de encontrar apoio em outros grupos e movimentos já organizados

Num diálogo estabelecido com a literatura pluralista e elitista, Bachrach e Baratz (1962) apresentam seus desacordos sobre o lócus da comunidade do poder nestas duas correntes teóricas. Os autores questionam o pressuposto de que o poder é exercido somente no processo de tomada de decisões. Nesse sentido, apontam que o gasto de energia para criar ou reforçar certas práticas institucionais, valores sociais e políticos pode ser capaz de definir o grau de importância de determinado tema, limitando sua entrada ou excluindo-o, por conseguinte, do debate público, sendo esta também uma importante forma de se exercer

poder. Estes apontamentos convergem para compreensão de que a exclusão de temas do debate público e a não decisão podem satisfazer os interesses de grupos e instituições se configurando como formas de manutenção do poder e do *status quo*. Dessa maneira, o poder não deve ser enxergado somente através do seu exercício aparente, mas também em seu aspecto não explícito. Ou seja, esta face menos visível do poder não pode ser ignorada, uma vez que ela é consequência de conflitos latentes (BACHRACH & BARATZ, *ibidem*).

“A distinção entre as questões importantes e sem importância, acreditamos, não pode ser feita de forma inteligente na ausência de uma análise das mobilizações de parcialidades na comunidade, dos valores dominantes e os mitos políticos, rituais e instituições que tendem a favorecer os interesses de um ou mais grupos, em relação aos outros. Armado com este conhecimento, pode-se concluir que qualquer desafio aos valores pré-dominantes ou as estabelecidas "regras do jogo" constituiria uma questão "importante"; de tudo, sem importância”<sup>79</sup>. (BACHRACH & BARATZ, 1962; p. 950, tradução nossa)

Assim, as colocações de Bachrach e Baratz antecipam, não somente o não reconhecimento do problema da saúde prisional, mas principalmente a ausência da participação e organização de grupos políticos em torno do tema.

Faz-se importante destacar a limitação dos canais institucionais previstos para vocalização de preferência dos presos. O sufrágio, instrumento democrático de importância significativa para expressão das preferências políticas, é um dos direitos suspensos na situação de privação de liberdade. Não lhes é concedido também o direito de associar-se ou compor o conselho de políticas no qual possam apresentar ao poder público suas reivindicações sobre o processo da execução penal. Não é definida a participação de presos nos Conselhos de Comunidade, que são os órgãos responsáveis pelo controle social da execução da pena, ou mesmo instituição de conselho local de saúde no interior das unidades prisionais, mesmo a participação sendo um princípio da política de saúde. O acesso dos mesmos a mecanismos para apresentação de reivindicações e/ou denúncias, como as ouvidorias do sistema prisional, são frequentemente determinados pela instituição prisional. Da mesma forma, iniciativas de organização de amigos, familiares, egressos são frequentemente reprimidas e criminalizadas, tanto pelo poder estatal quanto pela sociedade em geral.

---

<sup>79</sup> No original: “The distinction between important and unimportant issues, we believe, cannot be made intelligently in the absence of an analysis of the mobilizations of bias in the community, of the dominant values and the political myths, rituals, and institutions which tend to favor the vested interests of one or more groups, relative to others. Armed with this knowledge, one could conclude that any challenge to the pre-dominant values or to the established "rules of the game" would constitute an "important" issue; all else, unimportant.”

Adorno, ao refletir sobre os problemas que acometem o sistema de justiça criminal brasileiro ressalta também o aspecto do desafio da organização da sociedade civil no que diz respeito a este tema, dizendo:

“(…) é necessário acrescentar também certa fragilidade de organização da sociedade civil na defesa de interesses relacionados à segurança pública. O baixo desempenho do sistema de justiça criminal se deve, em parte também, à ausência de controles externos, mais propriamente de uma cultura de prestação de contas à sociedade dos planos formulados e implementados para a área de segurança pública, bem como de seus resultados, esperados e alcançados, ao que vem se associar o precário controle interno.” (ADORNO, 2003; p.11)

Assim, não seria demais avaliar em que medida as rebeliões e motins não acabariam se transformando no caminho encontrado para as reivindicações e vocalização das preferências no sistema prisional. Não seria este o único caminho que resta para garantir que os problemas do sistema prisional sejam considerados na agenda governamental? A análise dos relatórios de trabalhos da comissão de direitos humanos da Câmara dos Deputados (Anexo 2), sugere que são estes eventos os únicos que permitem, a esta população, acessar autoridades e trazer suas questões, especialmente dos direitos humanos no sistema prisional, à esfera pública. Além disso, e este é um ponto central para esta dissertação, é esse também o meio e o momento no qual o problema da saúde é apresentado. Mecanismos institucionais, formais e informais, dificultam e/ou impedem a participação dos principais interessados neste jogo político – os presos. As relações desiguais de poder que se estruturam daí dificultam, ou até mesmo impedem, a organização da população prisional, deixando a disputa sobre o que é relevante ou não no contexto dos problemas do sistema prisional marcada por fortes parcialidades.

Isto posto, valendo-se de que o tema da saúde prisional não era visto como um problema público relevante por aqueles que controlam a agenda governamental, o que explicaria o surgimento de uma ação governamental voltada para promover o acesso da população presa às ações e serviços de saúde, como o PNSSP?

Observamos que o problema da saúde no sistema prisional surge na esfera pública, mas é debatido e trabalhado essencialmente no âmbito da burocracia estatal. Isto posto, os elementos analisados no capítulo anterior sugerem que as críticas dos organismos internacionais de proteção dos direitos humanos tenham gerado uma pressão na burocracia estatal por respostas às denúncias que o país vinha sofrendo. Foi também relevante que, nesta

burocracia que lida diretamente com a gestão do sistema prisional, algumas personalidades presentes detivessem uma experiência individual de trabalho conjunto com o setor saúde, buscando responder a um dos pontos que compunham as denúncias de violação dos direitos humanos no contexto prisional – a questão da assistência em saúde – através de uma articulação formal com o Sistema Único de Saúde.

Mesmo diante da desvalorização deste elemento na análise de políticas, a experiência individual associada à capacidade de tomada de decisão apareceu nas entrevistas como um fator importante para o surgimento do PNSSP (Entrevistado 1, 2013; Entrevistado 8, 2012). Vale notar que em nenhum momento foi citado a participação dos governos subnacionais na proposição de alternativas a partir das experiências locais. Ao contrário, a possibilidade de assunção a um cargo de direção no Ministério da Justiça por um ator dotado de uma experiência local de articulação com o setor saúde foi que apareceu como elemento explicativo. Tal fato também encontra ressonância na esfera subnacional, onde a presença de “pessoas chaves” parece ser relevante para a compreensão tanto o surgimento quanto da implementação da política pública (Entrevistado 21, 2012; Entrevistado 22, 2012). Dessa forma, apesar de não apostarmos totalmente nesta alternativa, sinalizamos que a mesma pode ser um dos fatores contribuintes ao surgimento de políticas que, geralmente, estão ligadas à problemas públicos de baixa visibilidade política e social.

Assim, tendo seu embrião nas ações pontuais relacionadas ao controle de DST/AIDS no contexto prisional, podemos dizer que o reconhecimento do problema da falta de acesso à saúde a esta população e a iniciativa para o desenvolvimento de uma ação governamental voltada para intervir neste problema surge no âmbito do Ministério da Justiça. Este, por sua vez, buscou o apoio e parceria do Ministério da Saúde e, juntos, iniciaram uma agenda de discussão sobre as possibilidades de proporcionar acesso da população presa aos serviços de saúde do SUS. Portanto, estamos falando de uma agenda de política pública que se construiu essencialmente no interior da burocracia e foi conduzida pela mesma às instâncias de decisão para sua instituição.

Considerando, por sua vez, o componente federativo da constituição do estado brasileiro, o sucesso da implantação das políticas públicas gestadas pelo governo nacional implica no enfrentamento do desafio do convencimento das esferas subnacionais para incorporarem o tema na sua própria agenda. Assim, faz-se necessário, neste desafio de desvendar o processo do PNSSP e os fatores que estiveram envolvidos na manutenção do

déficit de acesso da população prisional aos serviços de saúde, apontamos os elementos envolvidos no acesso do tema da saúde no sistema prisional às agendas subnacionais para desenvolvimento do processo de implementação da ação governamental.

#### **4.1.2. A formação das agendas subnacionais**

No que se refere à formação das agendas no âmbito subnacional, observamos que o tema da saúde prisional se inseriu nas agendas dos governos estaduais como desdobramento da movimentação ocorrida no cenário nacional, com a criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), especialmente devido ao processo de indução financeira estabelecido pelo governo federal. Dessa maneira os estados viram a oportunidade de captar mais recursos sem necessidade de grandes contrapartidas ou assunção de novas responsabilidades mas, ao contrário, mantendo sua discricionariedade para formatação do desenho da política através da pactuação das responsabilidades de gestão e gerência das ações entre as secretarias de saúde e respectivos órgãos estaduais de gestão prisional.

Assim, o primeiro ponto que destacamos é que, também na esfera subnacional, o tema da saúde prisional não emergiu para a agenda governamental devido ao reconhecimento do déficit de acesso desta população aos serviços de saúde enquanto um problema público relevante. Ao contrário, tal processo deveu-se muito mais às iniciativas do governo federal.

Ao retomarmos à literatura observamos que tal fenômeno tem sido uma característica já observada nos estudos que tratam da descentralização de políticas públicas em Estados federados. Assim, Obinger (2005) chama atenção para uma família de federações em que, na distribuição de responsabilidades entre esferas de governo, é compatível descentralizar a execução de política pública e centralizar da autoridade. Seguindo esta mesma lógica argumentativa, Marta Arretche (2010) ao analisar a experiência brasileira no processo de descentralização das políticas públicas, afirma que o governo federal tem passado a cumprir o papel de formulador e os governos subnacionais de executores das políticas. Este argumento traz como consequência a necessidade da distinção entre autoridade para formulação e tomada decisões sobre as políticas, e autoridade para execução das mesmas. Para Arretche (Ibid.), a autoridade do governo federal para coordenação das políticas possui raízes históricas marcadas por uma forte trajetória centralizadora na qual a intervenção federal era vista como forma de proteção aos cidadãos contra as elites políticas locais, caracterizadas como corruptas

e atrasadas. Por outro lado, Abrucio (2005) destaca o papel do governo federal na coordenação e indução de políticas públicas devido a sua maior capacidade para arbitrar conflitos e incentivar a ação conjunta e articulada entre os diferentes níveis de governo, sem, todavia, ferir os direitos originários e princípios de autonomia dos governos subnacionais que regem o federalismo.

Por outro lado, podemos novamente identificar a influência do público alvo indicada por Schneider e Ingram na resistência dos gestores estaduais em assumir as responsabilidades previstas, como podemos perceber especialmente na experiência do Mato Grosso do Sul, que apesar de iniciar o processo de elaboração de seu plano estadual logo da publicação do PNSSP, somente conseguiu habilitar alguns anos depois. Nesse caso faz-se importante retomarmos algumas citações de um dos entrevistados ao justificar a demora no processo aprovação do plano estadual nas instâncias de decisão: “eles [gestores estaduais] achavam que iriam ter mais gastos e não iriam ter retorno”; “eles [os representantes dos usuários do conselho estadual de saúde] questionavam que a gente ia criar um atendimento diferenciado enquanto eles, na comunidade, têm que ir pra fila.” (Entrevistado 21, 2012). Tais afirmações corroboram nossa avaliação de que o processo da política de saúde para a população prisional traz consigo os atributos de um processo altamente politizado, marcado pelo foco no cálculo dos riscos e oportunidades políticas, apresentando, assim, características referentes ao modelo degenerativo de Schneider e Ingram, como perceberemos ainda mais ao longo deste capítulo.

Isto posto, passamos às percepções e análise referente ao desenho da política pública em si, ou seja, das regras e organização do PNSSP e seus respectivos planos estaduais.

#### **4.2. O desenho da política**

Ao falarmos da agenda, na sessão anterior, é compreensível, por um lado, que a iniciativa de inserir a saúde penitenciária na mesma tenha partido da burocracia gestora do sistema penitenciário uma vez que os mesmos são quem historicamente trataram das questões que envolvem todos os aspectos da vida daqueles que se encontra em situação de prisão. No entanto, é importante notar que, por outro lado, a busca por parceria para realização desta ação implica inicialmente no reconhecimento da limitação institucional; de instituições caracterizadas como instituições totais (GOFFMAN, 2001), que dessa forma acabam se colocando em uma situação de disputa de poder. Afinal de contas, quem vai (ou quem deve)

ditar as regras sobre a saúde no sistema prisional? O setor saúde ou a administração penitenciária? O que compete a cada um? Estes foram, então, alguns dos dilemas enfrentados pelos formuladores na definição do desenho da política, especialmente em âmbito nacional. Isto pode ser observado nas entrevistas realizadas, quando foram colocadas as dificuldades de articulação intersetorial que existiram no processo de formulação do plano. Ao mesmo tempo tais entrevistas apontaram a presença de resistência do Ministério da Saúde em identificar quais seriam as competências dos órgãos da saúde na assistência à população presa, bem como foram apresentadas as dificuldades do Ministério da Justiça e suas respectivas Secretarias Estaduais em compreender as colocações trazidas pelos órgãos da saúde.

No entanto, estabelecido o desenho da política em plano nacional, consideramos que o processo de habilitação estadual ao PNSSP não implicou, no primeiro momento, na aquisição de novas responsabilidades às secretarias estaduais de saúde e justiça, pelo fato deste sugerir a manutenção das atribuições de gerência das ações e serviços de saúde no âmbito das últimas. Estas, historicamente, sempre estiveram à frente da coordenação das poucas ações de saúde que se conseguiam desenvolver no interior das unidades prisionais.

Apesar da discricionariedade oferecida aos estados para definição de características adicionais aos seus próprios desenhos nesta política, a orientação nacional para constituição de um arranjo que não necessitaria de mudanças significativas na conformação de responsabilidades, não contribuiu para uma maior articulação entre os atores saúde e justiça no intuito de promover a discussão dos papéis e responsabilidades destes órgãos no que se refere à atenção à saúde prisional – o que possibilitaria a conformação de desenhos diferenciados. Ao contrário, os órgãos estaduais da saúde foram chamados a se aproximar do tema, passando a ser responsáveis pela gestão do programa, com recursos – mesmo que escassos – a serem geridos em seu fundo, mas sem por outro lado ter a “obrigação” de conhecer e atuar sobre essa realidade. Por outro lado os órgãos estaduais da segurança mantinham a gerência das ações realizadas no interior das unidades e a coordenação das equipes ficaria mantida sob o seu comando.

As três experiências estaduais estudadas surgiram com o mesmo desenho, centralizado estadualmente, com a gerência das unidades de saúde sob responsabilidade das Secretarias de Justiça e afins, e a gestão dos planos com as Secretarias de Saúde, como previsto em determinação legal. No entanto, observamos que esta característica foi modificada em duas das experiências estudadas, especificamente no Rio Grande do Sul e

Matogrosso do Sul. Ambos redefiniram o desenho dos seus planos operativos, municipalizando a atenção em saúde no sistema prisional e instituindo incentivo estadual para induzir a adesão dos governos municipais, o que não ocorreu na experiência de Minas Gerais.

Retomando aqui a ideia da disputa de poder citada no início desta sessão, podemos diferenciar seus dois polos: onde de um lado a gestão penitenciária, que é quem possui a tutela do preso, detém o controle da sua vida e a chave de acesso ao mesmo; de outro a gestão da saúde, que possui os serviços, tecnologias e o conhecimento acerca dos cuidados necessários para assistir àquela população de forma adequada. Entretanto suspeitamos que a entrada de um novo ator, a secretaria municipal de saúde, no processo de articulação das ações tenha influenciado no padrão de interação entre saúde e administração penitenciária no âmbito estadual. Isto ocorreria de forma que a esfera de poder e controle da administração penitenciária se tornasse mais fragilizada em relação à esfera da saúde. Em outras palavras, o processo de municipalização, além de promover a descentralização de ações, parece também desconcentrar um pouco mais o processo de decisão e o poder das instituições prisionais.

A experiência de implementação do POE Prisional-RS, mais ainda que a sul mato-grossense, indica a maior capacidade de intervenção dos órgãos da saúde, estadual e municipal, no funcionamento da política de saúde no sistema penitenciário. Fatores como os investimentos adicionais previstos pelo tesouro gaúcho<sup>80</sup>, associado às já mencionadas características do seu sistema prisional,<sup>81</sup> contribuem para este processo.

Infelizmente, não conseguimos desvendar, no decorrer deste trabalho, os fatos que determinaram a reorganização das experiências estaduais, redefinindo os papéis dos atores envolvidos (saúde e execução penal), inclusive no âmbito das relações entre entes federados, ampliando os poderes de intervenção da saúde e dos municípios na implementação da política. Todavia, entendemos ser este um ponto importante, no qual o tema da saúde prisional

---

<sup>80</sup> Os gastos voltados para saúde no sistema prisional corresponderam, em 2012, em torno de 0,001% do orçamento da saúde no estado. Todavia este valor correspondem à aproximadamente 4 vezes o que foi investido pelo governo federal para saúde do sistema penitenciário do estado no mesmo ano. A base para o cálculo realizado foi obtida através dos dados SIOPS (2013).

<sup>81</sup> O Rio Grande do Sul é o terceiro estado brasileiro em população prisional e possuem um número grande de unidades distribuídas em seu território, o que dificulta o controle e administração de todos os processos referentes à assistência em saúde, ainda mais considerando um desenho municipalizado, no qual o gestor local acaba tendo maior domínio dos processos bem como maior capacidade de resolução dos problemas. Diferente do caso do Mato Grosso do Sul, que apesar da municipalização, é um estado com população prisional relativamente pequena e concentrada em poucos municípios, o que, mesmo diante de um contexto de descentralização de ações, permite maiores condições de acompanhamento pela administração prisional das ações realizadas e demandas das equipes de saúde.

é colocado de forma diferenciada na agenda subnacional, sendo redefinidos aspectos fundamentais na condução da política, como as responsabilidades dos entes envolvidos e o financiamento, sem contar para tanto com intervenção do governo federal.

Apesar de ainda recentes, e sem uma avaliação criteriosa sobre os impactos desse novo desenho nas melhorias do acesso e das condições de saúde da população prisional, as experiências de municipalização tem sido reconhecidas nacionalmente como exitosas, influenciando o processo de reformulação do PNSSP.

### 4.3. Implementação

A declaração de um técnico do Ministério da Saúde entrevistado, a seguir, é ilustrativa a respeito do processo de implementação do PNSSP, levantando vários dos aspectos envolvidos:

(...) temos um discurso de uma política de saúde penitenciária, mas que na verdade, operacionalmente ele é um plano. **E como um plano, com todas suas vicissitudes e do formato que ele foi construído de 2003 até hoje, ele caminha paralelo ao SUS, como um subsistema e com um subfinanciamento da saúde, e a gente precisa melhorar isso aí.** (...) Então a gente tá dialogando com vários setores aqui dentro e junto com movimentos sociais e junto com outros ministérios como a gente vai mudar esse formato do plano para a política, porque efetivamente a gente caminharia dentro do SUS, **saindo um pouco da marginalidade que a gente se encontra hoje – até o plano é marginal, né** (risos) – sair dessa marginalidade e entrar dentro realmente do sistema de saúde. E como a gente se vê enquanto um plano, enquanto uma política de saúde prisional com um cliente que é o Ministério da Justiça. Então as coisas vão dar uma mudada nesse sentido. Estamos agindo de uma forma muito audaciosa. Estamos querendo sair de **uma lógica que durante 8 anos a gente não conseguiu estabelecer orientações claras e as organizações surgiram de diversas formas.** Então a gente tem equipes de saúde formadas pela justiça; equipes de saúde formadas pela saúde; equipes de saúde formadas pela saúde e pela justiça, juntas para montar uma equipe. **Hoje a gente tem o entendimento, junto com o Ministério da Justiça, e eles são grandes parceiros nisso, de que a responsabilidade sanitária pelas ações e serviços de saúde é do SUS.** Então a gente vai trazer essa lógica que vai causar mudanças ao longo prazo. (...) Porque **não só o sistema prisional, mas a saúde prisional vive uma crise, então a gente precisa ver como a gente vai sair dessa crise e entrar realmente numa responsabilidade nossa pra essa saúde aí, porque chega desses formatos que não garantem a atenção à saúde de forma eficaz para população prisional,** efetiva, e também isso se reflete na gestão, a gente vê não execução de recursos, a gente vê má gestão nos equipamentos de saúde, falta de profissionais. (Entrevistado 4, 2012; grifo nosso)

Os diversos apontamentos se referem à força política do plano e sua capacidade de integração à política de saúde, à capacidade de coordenação da política pública pelo governo

federal, ao desenho da política e definição de competências entre os órgãos da saúde e execução penal, e a manutenção do déficit de acesso da população prisional aos serviços de saúde, mesmo diante do contexto de implementação do plano. Tais avaliações estão, por sua vez, balizando mudanças na estratégia nacional, a partir da iniciativa de reformulação do PNSSP.

Nesta sessão, analisamos alguns destes fatores, discutindo-os a partir dos elementos identificados nos estudos de caso, buscando identificar os fatores que contribuíram para o insucesso da implantação do PNSSP e conseqüentemente para a manutenção do déficit de acesso aos serviços de saúde. Assim, abordaremos aspectos relacionados ao financiamento, ao controle social, às relações intergovernamentais e articulação intersetorial.

#### **4.3.1. Financiamento e controle social**

No que se refere ao financiamento da política em âmbito nacional, podemos dizer que assim como as demais políticas sociais, o PNSSP se ressentiu dos baixos níveis de investimento, o que se agravou ainda mais a partir de 2010 com a suspensão da parcela do repasse correspondente ao Ministério da Justiça<sup>82</sup>.

Ressaltando que a análise do investimento orçamentário constitui uma das formas de avaliar o comprometimento governamental com uma política pública pode-se comparar o peso da saúde penitenciária em cada um dos casos estudados. No estado do Rio Grande do Sul esta política tem assumido destaque, tanto em comparação com investimentos feitos pelo governo federal quanto pelos demais estados estudados. Se no Mato Grosso do Sul também há previsão de repasse de recurso estadual aos municípios, este destina um montante ainda significativamente menor. Já em Minas Gerais não há qualquer previsão de investimento estadual da saúde específico para a saúde no sistema penitenciário. Observamos também no caso de Minas Gerais uma subutilização dos recursos disponíveis, sendo que somente 26% dos recursos repassados no período de 2003-2010 foram executados. Esta realidade também é encontrada em outras unidades da federação, segundo dados do repasse do Fundo Nacional de

---

<sup>82</sup> Como apresentado no capítulo 1, em 2010, por força da Portaria MJ nº 29, de 29 de janeiro, o Ministério da Justiça suspendeu os 30% do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, que eram repassados do Fundo Penitenciário Nacional ao Fundo Nacional de Saúde, devido à constatação de não aplicação dos recursos pelos Estados e/ou Municípios realizada nas visitas de monitoramento feitas pelos Ministérios da Saúde e Justiça, no ano de 2009.

Saúde (2009) aos estados e municípios, pelos quais estados como Roraima e Tocantins aparecem com os maiores percentuais de execução dos recursos, 44% e 43% respectivamente, segundo dados declarados em relatório de gestão.

Todavia, ao observarmos os dados disponibilizados no SIOPS referentes à arrecadação e execução de recursos destinados à saúde prisional nos fundos dos municípios gaúchos e sul-mato-grossenses, percebemos haver, em vários municípios, um melhor desempenho na execução que os de vários estados, sem falar nos que não apresentaram qualquer execução do recurso. Ainda assim, parece ainda precoce concluir que a transferência de responsabilidades de gerência das ações para a esfera municipal acarrete uma melhor utilização dos recursos, dado que não exploramos este ponto de forma sistemática. Além disso, dentre aqueles que apresentaram maior capacidade de execução não podemos assegurar que tais recursos estão sendo aplicados de forma correta e eficiente levando, portanto, a um maior acesso aos serviços de saúde. Isto porque, assim como em Minas Gerais, os municípios dos estados do Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul também não tem alimentado os Sistemas de Informação em Saúde, como o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, no que se refere à assistência a população prisional.

Quanto ao controle social, vale pontuar os esforços da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde em fazer presente a pauta da saúde no sistema prisional nos espaços de articulação do controle social em saúde. Desde 2004, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, seguindo nas duas outras conferências seguintes, têm sido levadas propostas relacionadas à saúde no sistema penitenciário. Como identificado no processo de formação da agenda e formulação da política, observamos também a baixa participação de movimentos e entidades da sociedade civil organizada durante a implementação da política. Quando questionado sobre o que justificaria a não participação dos movimentos sociais no processo de implementação, um dos entrevistados, representante do Ministério da Saúde nos trouxe a seguinte reflexão:

É que é diferente, né, o contexto nosso. O movimento social de outros agravos, específicos por agravos e não de direitos humanos, geralmente eles tem uma ação mais pró-ativa. O movimento social de Aids, ele vai lá e pautam o governo: a gente quer medicamentos, a gente quer acesso universal, e tudo. ... Particularmente, eu vim da Aids, mas não quer dizer que minha expertise se aplica no movimento social de direitos humanos, como é aqui, em específico. **Eles trabalham pela defesa dos direitos humanos, pela garantia dos direitos humanos, mas eles ainda não tão nesse patamar de pautar governo, de buscar ações específicas aqui, de entrar com ação judicial, de uma mobilização social forte, até porque é um público**

**desassistido de certa forma, inclusive por esse seguimento.** (Entrevistado 5, 2012, grifo nosso).

Dessa forma, desde o ano de 2010, o Ministério da Saúde vem buscando por movimentos sociais ligados aos direitos humanos<sup>83</sup> no intuito de envolvê-los nas discussões sobre o plano nacional e construir uma rede de apoio político à política. Tal percepção reforça as considerações apresentadas em relação às dificuldades de organização e vocalização do público alvo e setores a ele relacionados nas arenas decisórias existentes. Todavia, observamos a iniciativa do governo federal em criar canais de comunicação, mesmo que ainda não incluindo o público alvo em si, mas que certamente contribuem para uma maior participação e expressão de interesses que frequentemente são ocultados pelo contexto institucional, político e social.

Ainda nesse contexto, observamos um baixo envolvimento dos conselhos estaduais de saúde no acompanhamento das ações realizadas, inclusive dos relatórios de gestão, tanto em Minas Gerais quanto no Mato Grosso do Sul. No caso deste último nos foi informado que o conselho não tem conhecimento sobre a implementação do plano estadual de atenção à saúde prisional e aplicação dos recursos referentes a esta ação. No entanto, as informações colhidas em entrevistas com membros dos conselhos de saúde municipais dos casos descritos no capítulo 3 nos permite afirmar que são capazes de explicitar as questões que envolvem a assistência à saúde da população prisional no município, o que sugere que sejam bem informados e envolvidos nesta política. Apesar de informações disponíveis não nos permitirem, por outro lado, afirmar categoricamente uma maior capacidade deliberativa dos conselhos de saúde municipais, vis a vis os estaduais, entendemos ser esta uma hipótese pertinente para balizar estudos futuros, podendo inclusive constituir um fator interveniente no processo de implementação e promoção do acesso da população presa aos serviços de saúde.

Embora os entraves relacionados às dificuldades associativas desta população, e de setores a ela relacionados, nos pareçam mais preponderantes neste cenário, outro fator também importante se vincula ao desafio da participação dos cidadãos nas políticas públicas num cenário em que, cada vez mais, a expertise é exigida (FISCHER, 2009). Assim, a

---

<sup>83</sup> Em entrevista foram citados apenas as seguintes entidades nas quais o Ministério da Saúde tem conseguido estabelecer diálogo e parcerias em relação às discussões sobre a política de saúde para a população prisional: Pastoral Carcerária Nacional, Conselhos da Comunidade, Associação de Amigos e Familiares de Pessoas em Privação de Liberdade em Minas Gerais, o Instituto de Defesa dos Direitos de Defesa e o Conectas Direitos Humanos, ambos em São Paulo.

necessidade do conhecimento técnico-científico para tomada de decisões poderia trazer uma tensão ou mesmo criar uma resistência à participação social.

Portanto, do ponto de vista do financiamento, os dados sobre os repasses nacionais e estaduais indicam, a princípio, a existência de uma política superfinanciada. Por outro lado foi identificada também uma baixa capacidade de execução dos recursos disponibilizados, seja na esfera estadual quanto na municipal. A identificação destes dois elementos torna difícil tecer afirmações conclusivas neste momento, uma vez que a baixa capacidade de execução contribui para o acúmulo de recursos, o que poderia explicar as taxas de execução municipal superiores às receitas anuais. Além disso, sendo o financiamento destinado ao custeio das ações de saúde, a produção das equipes de saúde implantadas não foi analisada nesta pesquisa, o que poderia fortalecer a indicação de que os recursos disponíveis estão sendo suficientes e que estamos diante de um contexto de superfinanciamento. Todavia, a inexistência de grupos de interesse e o baixo envolvimento da sociedade civil e demais atores políticos indicam que a melhor hipótese explicativa seria a baixa sustentabilidade política da ação governamental.

Já do ponto de vista do controle social o estudo aponta um baixo envolvimento dos conselhos no acompanhamento das ações e fiscalização da aplicação dos recursos, bem como da sociedade civil de forma geral. Iniciativas para fortalecimento do controle social e participação da sociedade civil estão sendo realizadas pelo governo federal, todavia, não há indícios de que os governos estaduais estejam também em busca deste objetivo.

#### **4.3.2. Relações Intergovernamentais**

Pode-se dizer que o PNSSP foi a alternativa encontrada pelo governo federal para responder ao problema de organizar as estruturas do SUS e do Sistema Penitenciário de modo a promover o acesso do preso aos serviços de saúde. Em outras palavras, o PNSSP tenta responder a seguinte pergunta, como fazer com que a população que se encontra no Sistema Penitenciário brasileiro tenha acesso às redes de cuidado do SUS? Sendo então uma estratégia construída no âmbito do SUS, mas que ao mesmo tempo traz a peculiaridade da articulação com o sistema penitenciário, a existência de mecanismos que promovam simultaneamente a coordenação federativa e cooperação intergovernamental, assim como a articulação intersetorial, tornam-se imprescindíveis na implementação desta política.

Isto posto, ao observarmos as formas distintas de organização institucional do sistema penitenciário, centralizado estadualmente, e da política de saúde pública brasileira, descentralizada a nível municipal, descritas com maior detalhe no capítulo 1 desta dissertação, e os aspectos relacionados à implementação da política, tratados no capítulo 3, podemos dizer que a interação destes arranjos levou a um duplo conflito, de integração intersetorial (ou intragovernamental) – entre saúde e administração penitenciária – observada desde o processo de formação da agenda governamental e que perpassa pela implementação dos planos estaduais; bem como um conflito de cooperação intergovernamental – este observado principalmente na relação entre estados e municípios<sup>84</sup>.

A responsabilidade histórica que os órgãos de administração penitenciária tiveram em relação à assistência em saúde da população prisional<sup>85</sup>, associada ao desconhecimento do setor saúde em relação às especificidades deste contexto, pode ser um elemento importante para explicar por que a execução das ações de saúde no sistema penitenciário se manteve sob o escopo de competências da execução penal. Assim, supomos que a definição da gestão e gerência das ações e serviços de saúde sob responsabilidade dos órgãos gestores do sistema penitenciário tenha limitado a participação dos órgãos de saúde, em especial das secretarias municipais, na execução da política de saúde, não conferindo a estes a responsabilidade de coordenação da rede de atenção a saúde, como lhes é atribuída na regra geral do SUS. Ao mesmo tempo, as experiências de implementação dos POEs Prisionais sugerem que os governos estaduais, nas áreas da saúde e execução penal, se mostraram incapazes de encontrar soluções em sua esfera de gestão, acabando por transferir aos municípios o ônus do atendimento em saúde. Mesmo no caso de Minas Gerais, que não reorganizou o desenho da política sob a perspectiva da municipalização, como fez Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul, a deficiência da gestão estadual pode ser observada na baixa cobertura das equipes<sup>86</sup> e na transferência do ônus para o governo local. Na experiência de implementação do POE

---

<sup>84</sup> Interessante notar que esta durante as entrevistas não identificamos a expressão de algum conflito entre os governos subnacionais e a União. Como podemos observar na apresentação das experiências no capítulo 3, a tensão, ou existência de um conflito na discussão sobre “quem tem que atender” e “quem vai pagar a conta” se mostra mais aparente entre os governos subnacionais (estados e municípios).

<sup>85</sup> Mesmo que sob uma lógica que hoje possa ser questionada, tendo em vista os avanços logrados na saúde pública brasileira.

<sup>86</sup> Em 2012 Minas Gerais as equipes de saúde prisional cobriam 35% da população prisional do estado, enquanto o Rio Grande do Sul apresentava uma cobertura de 54,6% e o Mato Grosso do Sul de 75%.

Prisional - MG, descrita no capítulo 3, pudemos observar esse fenômeno de forma mais clara, especialmente através dos relatos trazidos pela gestão municipal e conselho municipal de saúde<sup>87</sup>. No entanto, as experiências gaúcha e sul mato-grossense também podem ser identificadas neste cenário uma vez que a reformulação de seus planos operativos e adoção de um arranjo municipalizado deveu-se a constatação da ineficiência dos governos estaduais em oferecer os serviços necessários a esta população.

É importante destacar também, como parte deste cenário, que o fato de o público alvo estar sob a tutela dos governos estaduais e as características de centralização de poder das instituições policiais, militares e prisionais contribuem para a concentração da discussão da política na esfera estadual, especialmente através dos órgãos da administração do sistema penitenciário, que lidam cotidianamente com o problema. Da mesma forma, não podemos deixar de considerar a peculiaridade do público alvo em questão e os contornos diferenciados que este promove nas relações intergovernamentais. O fato da política em questão tratar de ações que implicam em investimento público para promover bem estar e melhorias nas condições de vida para uma população socialmente considerada como não merecedora agrava significativamente os problemas de cooperação intergovernamental e a articulação intersetorial. A possibilidade de baixo retorno eleitoral como consequência do investimento na saúde da população prisional, somada às dificuldades de organização política do público alvo para reivindicar este direito, tornam cada vez mais frágeis os incentivos de governos para encontrar alternativas para os problemas aí envolvidos, configurando a chamada relação de “empurra-empurra”.

Assim, um problema que, a princípio, era estadual e, especialmente, das secretarias de segurança pública devido às dificuldades de garantir a assistência em saúde no interior das unidades prisionais, acabou se tornando também municipal, no que tange à saúde. Uma vez que os custos do atendimento a população presa adoecida acabavam sendo repassados aos municípios, estes, diante da responsabilidade da execução das ações de saúde e da universalidade do acesso, acabam realizando os atendimentos, mesmo quando não recebem o financiamento previsto para tal.

Nesse contexto, foi notável a fragilidade do governo federal para coordenar a implantação da política. As experiências estaduais e as diferenciações de seus arranjos

---

<sup>87</sup> Informações e citações de entrevistas presentes nos itens sobre *Implementação do POE Prisional-MG e Articulação Intersetorial e intergovernamental* da sessão 3.3.1., que trata do caso de Minas Gerais, do capítulo 3 desta dissertação.

ocorreram a despeito das considerações quanto à direcionalidade por parte da União, que logrou êxito ao utilizar a instituição de repasse financeiro como mecanismo de indução à adesão dos entes federados à proposta. No entanto, podemos dizer que o processo de implementação dos planos estaduais ocorreu sem grandes interferências do governo federal, no sentido de acompanhar as ações realizadas, definir metas a serem pactuadas e cumpridas, monitorar os critérios de manutenção dos repasses, tais como a existência das equipes de saúde e a alimentação dos sistemas de informação, aplicando as sanções previstas nos casos de descumprimento destes critérios. Vale destacar que outros incentivos da saúde, que compõem o rol de recursos da atenção primária, por exemplo, são rigorosamente suspensos sempre que não há alimentação dos sistemas de informação em saúde.

Alguns acontecimentos relativos ao ano de 2009 podem ser tomados como exemplo da dificuldade de posicionamento do governo federal. Diante dos apontamentos negativos em relação à implementação dos planos estaduais trazidos pelo CONASS, e pela equipe de acompanhamento dos Ministérios da Justiça e Saúde, estes agiram separadamente. Por um lado o Ministério da Justiça suspendeu sua participação no co-financiamento da política. Por outro, o Ministério da Saúde negociou com o CONASS a manutenção de sua parcela do repasse. Em 2010, os dois ministérios convocaram uma consulta pública para reformulação do PNSSP e convidaram os governos estaduais para debater o tema<sup>88</sup>, no entanto, passados dois anos não havia qualquer modificação até então.

Assim, estados como Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul, estudados neste trabalho, tentam solucionar o problema da cooperação intra e intergovernamental através da municipalização da atenção, ajustando as regras da atenção em saúde prisional ao ordenamento do SUS, oferecendo recurso para subsidiar parte dos custos envolvidos e para incentivar a adesão municipal; mas não sem enfrentar também os problemas da concentração de poder, das diferentes lógicas de funcionamento dos dois sistemas, saúde e execução penal e da falta de uma instância formal de negociação.

Desse modo, ao dizermos da fragilidade da articulação intra e intergovernamental, bem como da necessidade destes elementos para o alcance de melhores resultados na implementação das políticas públicas, em particular do PNSSP, observamos que diante da inexistência de fóruns instituídos para este fim, o Ministério Público apareceu, em especial no

---

<sup>88</sup> Encontro Nacional: Revisão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário realizado nos dias 11 e 12 de março de 2010 em Brasília/DF.

Rio Grande do Sul e em Minas Gerais, como o órgão articulador dos atores envolvidos na implementação dos planos estaduais. Frequentemente movido por denúncias que o levaram a averiguar mais de perto as ações desenvolvidas pelos órgãos do Poder Executivo, o Ministério Público, ao cobrar uma resposta efetiva dos governantes no que se refere à prestação da assistência em saúde no sistema prisional, acabou mediando encontros e negociações entre os atores, e contribuindo na construção de alternativas conjuntas e na execução das propostas, quando posteriormente acompanhadas por este órgão fiscalizador.

Considerando o modo como se deu o processo de descentralização das políticas públicas no Brasil, Fernando Abrucio (2005) afirma que, nas condições de aprofundamento da interdependência entre decisões governamentais, o sucesso da federação depende da coordenação intergovernamental. Isto porque o avanço na implantação das políticas públicas, em especial das políticas sociais, depende da adesão dos governos estaduais e municipais, ou seja, do processo de indução, negociação das esferas superiores de poder e cooperação entre as mesmas. Nesse sentido, Abrucio chama atenção para a importância do fortalecimento de fóruns federativos de discussão e negociação entre os níveis de governo para a tomada de decisão sobre as políticas públicas, apresentando o conceito de *Redes federativas*. Estas consistem na produção de processos decisórios que rompam com as hierarquias centralizadoras e garantam a participação das diferentes esferas de governo, buscando o desenvolvimento de mecanismos de coordenação intergovernamental através da promoção de relações de cooperação entre os entes federados (Ibid.).

Isto posto, observamos que o desenho do PNSSP não responde a necessidade de instituição de mecanismos para articulação intergovernamental, haja vista que apesar da existência das instâncias de decisão conjunta no âmbito do SUS, a participação e poder de decisão dos gestores da administração penitenciária não está prevista neste espaço. Logo, seria necessária a criação de estruturas capazes de incorporar as diferentes esferas de governo quanto a dimensão da articulação intersetorial – que do nosso ponto de vista também constituiu fator problemático, tratado na próxima sessão.

#### **4.3.3. A questão dos valores na articulação entre o trabalho da saúde e da execução penal**

O desafio da articulação intersetorial foi algo presente em todas as experiências estudadas e perpassou todo o desenvolvimento da política, expressado desde o âmbito da

gestão até o trabalho no interior das unidades. A atenção à saúde no sistema penitenciário, seja vinculada ao órgão da saúde ou da execução penal, é considerada no interior das unidades prisionais como ação de “mãezinha de preso” (Entrevistado 21, 2012), da mesma maneira que a distorção da concepção do direito a saúde nas relações entre agentes, presos e equipe de saúde nos parece revelar um conflito de valores e práticas existentes.

No capítulo 1 desta dissertação, ao descrevermos a estrutura institucional e o contexto social do sistema prisional e da saúde pública brasileira, já podemos observar diferenças significativas nas funções que tais políticas cumprem na sociedade. O trabalho em saúde tem como finalidade no âmbito individual a produção de bem estar e a busca pelo alívio dos sofrimentos, sejam eles físicos ou psicológicos. Tal fato já, de início, o torna bastante diferente do papel que cumpre o trabalho na execução penal, relacionado à punição que, por sua vez, visa produzir algum tipo de sofrimento ou dor, mesmo que na compreensão de alguns tais vivências possam servir para um bem maior, sendo este o processo de ressocialização ou responsabilização individual pelo ato cometido.

Importante dizer que o trato da saúde no Brasil carrega também marcas históricas do uso da violência, da institucionalização, da sujeição e exclusão social. Podemos observar isto claramente quando retomamos, por exemplo, o processo de saneamento dos portos e cidades ocorridos no início do séc. XIX, quando nos lembramos das colônias e instituições asilares para tratamento de tuberculosos, hansenianos, loucos, quando falamos da insegurança e precariedade do acesso a saúde existente entre os não contribuintes, dentre diversas outras situações que poderiam ilustrar tais práticas em nossa história. Podemos dizer ainda, que estes traços ainda não foram totalmente superados em nossa trajetória, haja vista o modelo que tem se adotado pelos programas que visam enfrentar os problemas do uso abusivo de drogas, especialmente entre a população empobrecida. No entanto, a despeito destas chagas, vimos no capítulo 1 que avanços significativos foram alcançados, especialmente após o processo de redemocratização, no qual todo o povo brasileiro, via significativa luta desencadeada pelo movimento sanitário, logra a conquista do reconhecimento do direito a saúde, sendo esta compreendida sob uma concepção ampliada.

Nesse sentido, assinalamos que o SUS orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade, da responsabilização, da autonomia, da desinstitucionalização, da humanização, da equidade e da participação social. Os valores que sustentam as relações sociais estabelecidas no cotidiano do

trabalho em saúde estão relacionados à solidariedade, à humanidade, ao reconhecimento do outro enquanto sujeito e cidadão, que, por sua vez deve ser acolhido em suas necessidades e respeitado em suas escolhas. Importante dizer que estes valores ancoram-se, por sua vez, no processo histórico de mobilização e organização social em torno de um projeto inclusivo de saúde pública que contribuiu fortemente para constituição da estrutura institucional do SUS.

Por outro lado, diferentemente dos objetivos previstos no PNSSP e nos POEs Prisionais, relacionados ao fortalecimento da saúde enquanto um direito universal, as relações internas estabelecidas entre presos, agentes e profissionais de saúde tem expressado a lógica da assistência em saúde enquanto privilégio e exposto o conflito entre os papéis de punição e garantia de direitos exercidos por estes profissionais no cotidiano do trabalho no sistema prisional. Diante do imperativo da ordem disciplinar e punitiva do sistema prisional, o acesso dos presos à assistência em saúde passa a ser objeto de barganha. No momento em que a queixa do preso só alcança os profissionais de saúde a partir da atuação do agente penitenciário, este passa a cumprir o papel de modulador do acesso da população prisional aos serviços de saúde, utilizando critérios como comportamento disciplinar, troca de favores e afinidade pessoal para definir aqueles que deverão ser atendidos.

Como apresentamos no capítulo 1, a partir das considerações de Goffman (2001) sobre o funcionamento das instituições totais e das ilustrações trazidas pelo relatório do Subcomitê de Prevenção a Tortura (SPT) da ONU, percebemos que as negociações e barganha existentes entre agentes penitenciários e presos se inserem no contexto das regras informais que emergem no funcionamento cotidiano do sistema prisional.

Vale destacar também que instituições de cunho coercitivo, como policiais e prisionais, têm como características a constituição de relações hierárquicas bem definidas. Este fato favorece a utilização de ferramentas autoritárias junto as profissionais do sistema penitenciário, sejam estes agentes ou profissionais de saúde. Isto, por sua vez, reflete na relação estabelecida entre estes profissionais e os presos e dificulta a transformação destas concepções e comportamentos, pois não reconhece a prática destes trabalhadores como um espaço de vivência do conflito com seus valores e papel social e não possibilita aos mesmos o diálogo e reflexão acerca destes elementos, no sentido de encontrar alternativas para resolução deste problema.

“os profissionais continuavam e continuam tendo uma visão muito preconceituosa em relação ao preso. Os profissionais, de dentro e de fora, precisam de todo um

processo de desconstrução desses estigmas e preconceitos... Muitas vezes eu encontrei profissionais de saúde que mais pareciam um guarda penitenciário do que psicólogos, assistentes sociais ou um médico. Então essa visão ainda da transgressão, do crime, do estigma do criminoso continua.” (Entrevistado 7, 2012.)

Deste modo, assim como os valores atribuídos ao trabalho desenvolvido no contexto da saúde guardam relação com a história política e social do SUS, tendo sustentabilidade em seu arcabouço institucional, entendemos que o mesmo pode ser observado quando falamos dos valores do sistema prisional. Tais valores legitimam a estrutura centralizada e hierarquizada da política de execução penal brasileira. Isto posto, compreendemos que a diferença ou contraposição de valores que envolvem o trabalho da saúde e da execução penal parece ser uma entrave da articulação intersetorial (Quadro 06). Em outras palavras, esta incompatibilidade de valores seria um dos componentes do conflito existente entre as duas áreas e que se expressa tanto nas dificuldades de planejamento conjunto de ações no âmbito da gestão quanto nas relações de trabalho entre profissionais de saúde e segurança.

Quadro 6 - Conjunto de valores basilares que tem orientado o trabalho no contexto da saúde e da execução penal.

<b>Execução Penal</b>	<b>Saúde</b>
Produção de sofrimento	Produção de bem-estar
Sujeição	Autonomia
Punição	Acolhimento
Tortura	Cuidado
Exclusão Social	Inclusão Social
Institucionalização	Desinstitucionalização
Privilégios	Direitos
Fragilização da cidadania	Fortalecimento da cidadania

Dessa forma, o trabalho em saúde no contexto prisional, para se fazer efetivo, garantindo a coerência com os preceitos previstos na política de saúde pública brasileira, precisa superar um conjunto de desafios que inclui a transformação dos valores que perpassam e baseiam a prática de tutela encontrada no interior das unidades brasileiras.

#### 4.4. O público alvo e o desenvolvimento da política

A especificidade do público alvo da política de saúde no sistema penitenciário foi em vários momentos desta pesquisa ressaltada como um elemento explicativo na análise do desenvolvimento da política – da agenda à implementação. Este elemento é apresentado por entrevistas a técnicos e gestores vinculados aos Ministérios da Saúde e Justiça, nas quais a construção social do público alvo aparece como elemento explicativo para o insucesso da política pública.

**Na verdade é um segmento populacional invisível nas políticas públicas de maneira geral.** Se você fizer um resgate das conferências de saúde, quanto das conferências foi pautada a temática da saúde no sistema prisional? Na última nós tivemos, porque Marden estava lá, a Kátia estava lá [profissionais da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde] próximos. Historicamente é um público negligenciado das políticas, de uma maneira geral, não só de saúde. **A saúde para a população geral já é deficitária (...) imagina isso para uma população já invisível que já é estigmatizada pela sociedade, e mais ainda muitas vezes pelos profissionais. É aquilo que o pessoal da justiça estava falando, né, eles entendem que a saúde dentro do presídio não é um direito é um benefício do indivíduo.** Quem tem tratamento médico e odontológico no sistema prisional está sendo beneficiado, e não é, né. Então, **todo esse contexto de ‘marginalização do marginal’ dessa estrutura toda leva a políticas públicas menos qualitativas.** (Entrevistado 5, 2012; grifo nosso)

Eu acho que essa população específica, assim como várias outras, não tem uma visibilidade **porque tem uma lógica, uma interpretação cultural, de que determinado público, ele não é tão interessante.** Isso é da cultura do brasileiro. Não é nem um problema do SUS, ou um problema do gestor do SUS, mas é um problema da nossa cultura. **A visão que se tem frente a um custodiado não é uma visão positiva.** Não é um problema só do SUS, é um problema em relação a todas as outras formas de assistência. Essa noção de que o que comete um ato [inaudível] ele precisa ser cuidado, acompanhado, ele ainda continua sendo um sujeito de direitos, não é uma visão muito bem incorporada pela cultura da gente. Aí é preciso criar mecanismos indutores, mecanismos que provoquem que criem situações indutoras para que essas coisas se modifiquem ao longo do tempo. (Entrevistado 6, 2012; grifo nosso)

“O **preconceito e o sentimento de vingança sem sombra de dúvidas são empecilhos reais à implementação de uma política nacional de saúde prisional,** pois o sentimento comum é de que o preso deve ser penalizado pelo ato que cometeu e, se possível, com sofrimento físico. Isso parece exagero, mas não é, **basta verificar a insatisfação gerada nos pacientes dos hospitais públicos quando presos são levados para atendimento e nessas oportunidades o atendimento do preso é priorizado por questões de segurança ou mesmo para que ela saia o mais rápido possível do hospital**”. (Entrevistado 1, 2013; grifo nosso)

Como já discutido ao longo deste capítulo, o fato da política pública em questão tratar da promoção de um benefício para a população presa pareceu influenciar diversos momentos decisórios. Ao apresentarmos as características do modelo degenerativo de políticas públicas defendido por Schneider & Ingram, no capítulo 02 desta dissertação, foram ressaltados alguns elementos que as autoras indicaram como característicos das políticas voltadas para a população “desviante”. Os aspectos abordados até aqui corroboram com o modelo analítico proposto pelas autoras (Quadro 07). No entanto, convém destacar que a instituição do direito universal à saúde no Brasil ofereceu contornos diferenciados ao padrão de elegibilidade e às regras da política. Enquanto o modelo das autoras previam políticas com padrões complexos de elegibilidade e a necessidade de avaliações para oferta de benefícios, a salvaguarda do direito universal da saúde acabou por impedir a influência do público alvo no processo de decisão para definição destes termos. No entanto, os valores e as regras informais que influenciam na lógica de funcionamento das instituições prisionais acabam por reproduzir na prática um padrão excludente e particularista ao acesso da população às ações e serviços de saúde.

Quadro 7 - Elementos constitutivos do PNSSP, a partir do modelo analítico de Schneider & Ingram (1997).

<b>Público Alvo</b>	<b>Representação na agenda</b>	<b>Padrão de Elegibilidade</b>	<b>Financiamento</b>	<b>Ferramentas</b>	<b>Regras</b>	<b>Justificativas</b>
<b>População Prisional</b>	Quase não há representação	Formal: Universal Informal: Particularista	Baixo ?	Barganha entre agentes penitenciários e presos	Formal: inclusivas Informal: Excludente	Justiça Igualdade, Direitos e Equidade

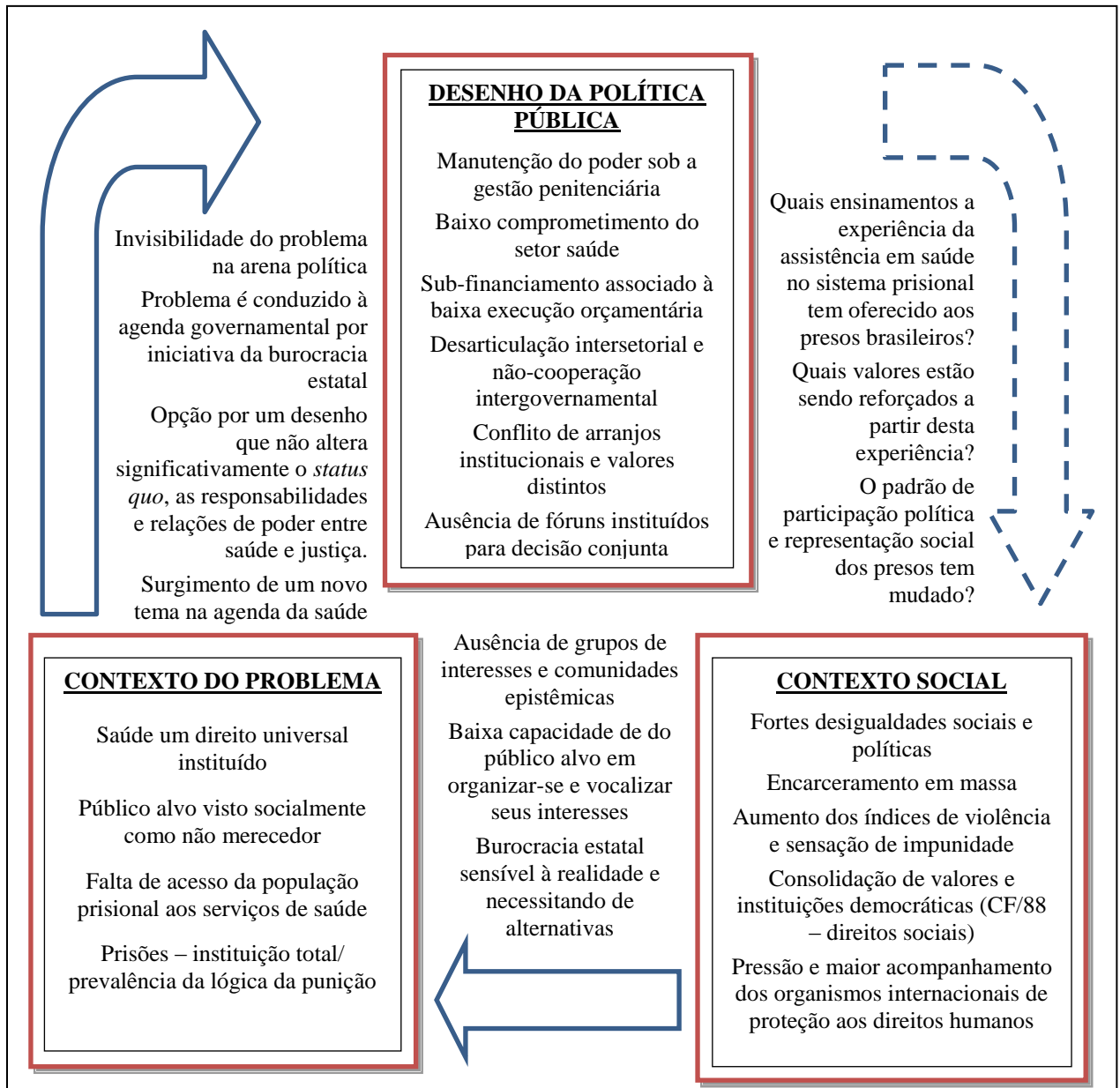
Resumidamente, o PNSSP se justifica a partir das inequidades na assistência em saúde e na garantia do direito universal constituído, sendo portanto uma estratégia para promoção de justiça social e redução de desigualdades. Todavia, apesar do marco legal existente, no cotidiano da implementação, regras informais que emergem no contexto prisional acabam instituindo um padrão de elegibilidade para o acesso aos serviços de saúde. Observamos isso quando identificamos a assistência em saúde como uma moeda de troca na relação entre agentes penitenciários e presos. Assim, ao mesmo tempo em que a saúde pública brasileira postula a universalidade no acesso aos serviços de saúde e para tal busca atender as

especificidades de grupos sociais através da implantação de programas específicos, numa perspectiva inclusiva; o contexto da privação de liberdade coloca outras limitações, observadas a partir de padrões de elegibilidades internas, relacionados ao comportamento e também a mecanismos de punição, que acabam por agravar ou reforçar um padrão excludente.

Isto posto, apresentamos abaixo (Figura 04) o resultado do esforço analítico despendido nesta dissertação, através da sistematização do processo do PNSSP, sob a ótica do Modelo de Schneider & Ingram. Partimos, assim, da identificação de alguns pontos importantes do contexto social brasileiro que marcam relação com o tema da saúde prisional e o problema da falta de acesso desta população aos serviços de saúde. Desse modo destacam-se as fortes desigualdades sociais e políticas, o aumento dos índices de violência e sensação de impunidade e sua associação ao processo de encarceramento em massa, bem como o contexto de fortalecimento e consolidação dos valores e instituições democráticas, a partir da constituição de 1988 na qual foram estabelecidos importantes direitos sociais e bem como previstos mecanismos para o controle destas garantias e denúncia de suas violações. Neste cenário que se tornaram possíveis as denúncias e a forte pressão de organismos internacionais de proteção aos direitos humanos para instituição de mecanismos de combate à tortura e demais tratamentos degradantes.

Então, em meio ao rol de problemas que envolviam a violação dos direitos humanos, a falta de assistência em saúde para a população prisional se fez presente. Assim, a burocracia estatal sensível às pressões e necessitando apresentar alternativas para resolução dos diversos problemas apresentados, reconheceu o problema da assistência em saúde para a população prisional e o conduziu à agenda de políticas públicas.

Figura 4 - O desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário sob a ótica do Modelo de Schneider & Ingram.



Esta burocracia, a partir de uma articulação interinstitucional ainda incipiente entre os órgãos da saúde e justiça, acabou optando por um desenho com baixa capacidade de alterar o *status quo*, no qual as responsabilidades prévias e relações de poder entre saúde e justiça se mantiveram. Deste modo, temos por consequência a manutenção do poder sob a gestão penitenciária e um baixo comprometimento do setor saúde nos processos decisórios. Aliado a isso são observados no decorrer da implementação conflitos de arranjos institucionais e

valores distintos, bem como falta de cooperação intergovernamental, que podem, por sua vez, ser atribuídos à ausência de fóruns instituídos para tomada de decisão conjunta.

Por fim, a última etapa do modelo – tal como proposto pelas autoras - trataria das consequências e implicações que a política pública produz no contexto social e político. Em outras palavras, as autoras propõem a investigação sobre os ensinamentos que a política pública foi capaz de desenvolver a partir da experiência vivenciada pelos cidadãos no decorrer de sua implementação. No entanto, nossa metodologia não contemplou ferramentas capazes de captar tais informações e fomentar esta parte da análise, lançamos mãos de algumas questões que consideramos importantes para reflexão acerca da contribuição do PNSSP. A implementação da política em questão tem contribuído de alguma forma para a continuidade do ciclo degenerado da política ou os ensinamentos provenientes da experiência com a política pública têm conseguido de alguma forma mudar a realidade do público alvo, de modo a reduzir as inequidades existentes e promover maior inclusão social? Em outras palavras, a experiência do PNSSP tem contribuído de alguma forma para mudanças na realidade social e política da população prisional?

Vale destacar aqui que ao serem questionados sobre a influência do público alvo na ação governamental, a maioria dos entrevistados ressaltou que a instituição da política pública já pode ser considerada como um avanço positivo no sentido do reconhecimento da responsabilidade estatal e dos direitos deste grupo populacional, mesmo que ainda estejamos longe de uma situação ideal. No entanto, estas são questões importantes para conseguirmos fechar o ciclo do desenvolvimento da política, mas que todavia não foram possíveis de serem respondidas através dos esforços despendidos nesta pesquisa, podendo ser objeto de trabalhos futuros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos este trabalho partindo da seguinte questão: *quais fatores explicam as grandes limitações do PNSSP na garantia do acesso da população prisional às ações e serviços de saúde?* A partir daí foi delineado, como objetivo deste estudo, investigar os elementos políticos envolvidos na incorporação do tema na agenda, elaboração do desenho e implementação, que por sua vez contribuiriam para a manutenção do déficit de acesso da população prisional às ações e serviços de saúde. Assim, três fatores foram tomados hipoteticamente como fontes explicativas: a invisibilidade do problema na agenda governamental, a insustentabilidade política do PNSSP e a existência de um duplo conflito de articulação intersetorial e intergovernamental.

Desse modo, sem o anseio de testar as hipóteses pertinentes a cada um destes fatores, mas enxergando-as como possibilidades investigativas, os elementos empíricos mobilizados neste trabalho permitem afirmar que estes constituem caminhos frutíferos para maior compreensão do problema. Enquanto valendo-se de pesquisa de caráter exploratório, por outro lado, este estudo possibilitou a realização de mais perguntas e o refinamento de hipóteses que indicam possibilidades para o aprofundamento da temática.

Portanto, primeiramente, faz-se importante destacar que a instituição do PNSSP representa um avanço no que se refere ao reconhecimento dos direitos sociais e humanos desta população. Num contexto onde a tortura e a morte se fazem companheiros de cela e onde a lógica de funcionamento institucional suplanta a normativa constitucional fazendo com que direitos inalienáveis se tornem privilégios negociáveis, a afirmação do direito à saúde passa a ter um caráter mais enfático de afirmação do direito à vida e à dignidade. Nesse sentido, não só o reconhecimento, mas também a reafirmação da responsabilidade estatal e a iniciativa em apresentar meios para garantir o exercício do direito à saúde são também avanços notórios no que se refere à inclusão social e garantias fundamentais em sociedades democráticas.

Assim sendo, seguimos com as considerações sobre o desenvolvimento do PNSSP e os elementos que contribuiriam para a manutenção do déficit de acesso da população prisional às ações e serviços de saúde.

Quanto aos aspectos da agenda, os achados desta dissertação indicam que o tema da saúde no sistema prisional se inseriu no rol das políticas públicas do governo federal, no final

da década de 90, a partir da pauta dos direitos humanos, em decorrência da ação e pressão dos organismos internacionais que, ao identificarem um contexto de violações destes direitos no país, cobraram mudanças de forma enfática e vigilante. Esta pressão, por sua vez, se refletiu na burocracia estatal que precisou apresentar respostas aos problemas identificados, dentre estes a falta de acesso da população prisional às ações e serviços de saúde. Diante da ausência de grupos de interesses e comunidades epistêmicas em torno do tema e das dificuldades do público alvo em organizar-se e vocalizar seus interesses, a burocracia estatal acabou assumindo um papel protagonista no processo da política pública. Assim, este estudo apresenta fortes indícios de que o tema da saúde prisional, apesar de se mostrar presente dentre o dentre o rol de violações de direitos humanos, não chegou a ser reconhecido pelos governantes como um problema relevante, sendo, portanto, capturado pela burocracia estatal que se encarregou de conduzir e inserir o problema e suas possibilidades de solução nas agendas de políticas públicas.

Todavia, ao mesmo tempo em que a apropriação do problema da saúde prisional pela burocracia estatal e sua iniciativa em encontrar respostas ao mesmo contribuíram à instituição do PNSSP, durante sua implementação não foi observado iniciativas, por parte desta burocracia, para abrir canais de diálogo, de articulação e construção de apoio político com outros atores, o que acabou contribuindo ao isolamento do problema na esfera administrativa. Não foi possível identificar inteiramente os motivos que levaram a este comportamento, mas a ausência de organizações sociais e comunidades epistêmicas restringe, sem dúvida, as possibilidades de construir canais de interlocução, mesmo quando desejáveis para legitimação da política proposta. Como resultante, todavia é mister destacar este caráter centralizador dos momentos de decisão que perpassaram todas as fases do PNSSP, bem como dos planos operativos estaduais. Desse modo, o insulamento do problema na esfera administrativa, associado à não participação e envolvimento da sociedade com o tema e ao clamor pelo recrudescimento das ações punitivas pelo estado acabaram contribuindo para o enfraquecimento político do PNSSP e seus respectivos planos estaduais. Além disso, tais fatores também apresentam reflexos na implementação, uma vez que o não reconhecimento da relevância do problema influencia a disposição dos governos em investir e buscar resultados.

Quanto ao desenho do PNSSP, o presente estudo apresenta fortes evidências de que este não foi capaz de oferecer respostas às necessidades da articulação intergovernamental e

intersetorial. A não instituição de fóruns de articulação intersetorial e intergovernamental dificultaram as negociações e tomada de decisão conjunta favorecendo a transferência de custos ao nível municipal. Além disso, as diferenças institucionais se apresentaram como importante elemento explicativo para as dificuldades de articulação intersetorial. Tais disparidades expressas na esfera gerencial, parecem se reproduzir também no cotidiano do sistema prisional, através da relação entre as equipes técnicas, de segurança e saúde. Assim, no caso da atenção a saúde no sistema prisional, a previsão de implantação de equipes nos presídios por si só parece não ser suficiente para a garantia da população prisional aos serviços de saúde. A presença do agente prisional como intermediador do acesso do preso à equipe de saúde atribui a este ator a autoridade para definição dos processos para organização do cuidado em saúde no interior dos presídios. Tal fato acresce uma variável nova à organização do serviço de saúde prisional que parece não ter sido considerada na elaboração do desenho da política. Desse modo, os achados sugerem ser necessário pensar em mecanismos capazes de contribuir na desconstrução da lógica punitiva de modo a promover o acesso direto da população à equipe de saúde sem que esta seja capturada pelos mesmos valores que sustentam esta lógica.

Por fim, corroborando com os estudos de Schneider & Ingram o presente estudo aponta para a admissão do público alvo – a partir de suas características políticas e sociais – como uma variável importante em todas as fases da política pública analisada. Assim como apresentado para o contexto norte-americano, foi assumido neste estudo que na realidade brasileira a população prisional também é socialmente reconhecida como “não merecedora” e possuidora de baixo poder político. Todavia, algumas diferenças ao modelo previsto são atribuídas a aspectos institucionais da realidade brasileira. Nesse sentido, entendeu-se ser razoável admitir que a instituição do direito universal à saúde no Brasil tenha oferecido algum constrangimento à definição de regras e padrões de elegibilidade para instituição da política pública. No entanto, é no contexto das regras informais, que definem a lógica de funcionamento das unidades prisionais, que o direito a saúde se torna um “benefício” passível de barganhas que contribuem para a manutenção e uma lógica excludente. Assim, possivelmente, a busca pelo controle desta variável através da reorganização do desenho da política possa diminuir os impactos deste efeito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. **A coordenação federativa no Brasil**: a experiência do governo FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*. nº 24, p.41-67, Jun.2005.

ADORNO, Sérgio. **Insegurança versus direitos humanos**: entre a lei e a ordem. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, **11(2)**: 129 - 153, out. 1999 (editado em fev. 2000).

\_\_\_\_\_. **Lei e ordem no segundo governo FHC**. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo: 103 - 140, nov. 2003.

AGUIRRE, Carlos. Cárcere e sociedade na América Latina, 1800-1940. In: MAIA, Clarissa Nunes; et. all. (org.). **História das Prisões no Brasil**. Volume 1. Rio de Janeiro: Rocco, 2009, p.35-77.

ARRETCHE, Marta. **Mitos da descentralização**: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 11(31), 44-66, 1999.

\_\_\_\_\_. **Federalismo e igualdade territorial**: uma contradição em termos. *DADOS, Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 53, nº 3, 2010.

BACHARACH, Peter ; BARATZ, Morton S. **Two faces of power**. *The American political science review*. Volume LVI, 1962.

BRASIL. Lei de Execução Penal nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*, 1984.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990. (a)

\_\_\_\_\_. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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*, 1990. (b)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 485, de 29 de março de 1995. Constitui Comitês de Assessoramento para prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, 1995.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Institui o Plano Nacional de Direitos Humanos. **Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial MS/MJ nº 2.035 de 08 de novembro de 2001.**

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Instituiu o novo Plano Nacional de Direitos Humanos. **Decreto nº 4.229, de 13 de maio de 2002.**

\_\_\_\_\_. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Portaria Interministerial nº 628, de 02 de abril de 2002. Revogada em 09 de setembro de 2003 pela Portaria Interministerial nº 1777. Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. **Relatório:** situação do sistema prisional brasileiro. Brasília, julho, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº204 de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Qualifica o Estado do Rio Grande do Sul a receber o incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. **Portaria nº 1.935, de 17 de setembro de 2008.** Diário Oficial da União, 2008.

\_\_\_\_\_. CONASS. **Nota técnica nº 32/09, de 27 de outubro de 2009.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. **CPI sistema carcerário.** – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. 620 p. – (Série ação parlamentar ; n. 384)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Relatório Final de Auditoria nº9940.** Brasília: DENASUS, 2010 (a).

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Portaria MJ nº 29, de 29 de janeiro de 2010.** Suspende os 30% dos recursos do incentivo de atenção a saúde no sistema penitenciário, repassados pelo Ministério da Justiça, face à não aplicação do Incentivo pelos Estados e/ou Município. 2010 (b).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº7508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011. (a)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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. (b)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº2801 de 28 de novembro de 2011.** Suspende temporariamente a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais correspondentes ao Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, no âmbito do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Diário Oficial da União, 2011. (c)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2802 de 28 de novembro de 2011.** Publica a relação dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, e das respectivas unidades básicas de saúde no Sistema Penitenciário e equipes, qualificadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Diário Oficial da União, 2011. (d)

COLLIER, David; SEAWRIGHT, Jason; MUNK, Geraldo L. **The quest for standards.** In: Rethinking Social Inquiry. Lanham MD. Rowman & Littlefield, 2004.

FERREIRA, Helder; FONTOURA, Natália de Oliveira. **Sistema de Justiça Criminal no Brasil:** quadro institucional e um diagnóstico de sua situação. IPEA. Texto para discussão nº1310. Brasília, março, 2008.

FISCHER, Frank. **Democracy & expertise:** reorienting policy inquiry. Parte I: Policy expertise and citizen participation in the public realm. Oxford: Oxford University Press, 2009.

FONSECA, David S. Assumindo riscos: a importação de estratégias de punição e controle social no Brasil. In: CANEDO, Carlos; FONSECA, David S. (org.). **Ambivalência, contradição e volatilidade no Sistema Penal.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

FUKS, Mário. **Definição de agenda, debate público e problemas sociais: uma perspectiva argumentativa da dinâmica do conflito social.** BIB, Rio de Janeiro, nº49, 1º semestre de 2000.

GERRING, Jonh. **Case Study Research:** principles and practices. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. p.15-64.

GRINDLE, Marilee; THOMAS, John. **La puesta en práctica de la reforma. Ambitos, intereses y recursos.** Johns Hopkins University Press, 1991.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001

HILL, Michael. Implementação: Uma visão geral. **Políticas Públicas: Coletânea.** v. 2. pp. 61-87 Brasília: ENAP, 2006

KING, Gary; KEOANE, Robert Owen; VERBA, Sidney. **Designing social Inquiry.** New Jersey. Princeton University Press, 1994.

KINGDON, John W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies.** Segunda edição. New York, Harper Collins College Publishers, 1995.

LADEIRA, Fernando. PNSSP: O SUS para quem não tem liberdade. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ministério da Saúde – Ano 13, n. 32 (mai. / ago. 2012). – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 20-23.

LINDBLOM, Charles E. **Todavía tratando de salir del paso.** In: Saraiva, Enrique e Ferrarezi, Elizabete. Políticas Públicas. Coletânea, vol. 1. Brasília: ENAP, 2006.

LIPSKY, Michael. **Los empleados de base em la elaboración de políticas públicas.** In: BRUGUÉ, Q.; SUBIRATS, J. *Lecturas de gestión pública.* Madri:MAP, 1996.

LOURENÇO, Luiz Claudio. Na frente das grades: uma pesquisa com agentes penitenciários da região metropolitana de Belo Horizonte. In: COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas Coelho; FILHO, Milton Júlio de Carvalho (Orgs). **Prisões: numa abordagem interdisciplinar.** Salvador: EDUFBA, 2012.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Operativo Estadual de Atenção Integral a Saúde da População Prisional de Mato Grosso do Sul.** Campo Grande, 31 de janeiro de 2008.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado do Mato Grosso do Sul. Dispõe sobre o repasse financeiro estadual aos Municípios para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. Decreto nº 12.962, de 14 de abril de 2010. Campo Grande, 2010.

MAIA, Clarissa Nunes; et. all. (org.). **História das Prisões no Brasil.** Volume 1. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

MELOSSI, Dario; PAVARINI, Massimo. **Cárcere e Fábrica: As origens do sistema penitenciário (séculos XVI-XIX)**. Coleção Pensamento Criminológico. Volume 11. Rio de Janeiro: Editora Renavan: Instituto Carioca de Criminologia, 2006.

MENY, Ives y THOENIG, Jean-Claude. *Las políticas públicas*. Versión española a cargo de Francisco Morata. Ariel Ciência Política, 1992

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Implementação da Reforma Sanitária: a implementação de uma política**. Saúde e sociedade. v.15, nº2, 72-87, maio-agosto, 2006.

\_\_\_\_\_. **SUS, 20 anos: balanços e perspectivas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, nº7, p.1620-1625, julho, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Operativo Estadual de Atenção a Saúde no Sistema Prisional**. Belo Horizonte, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2a edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 14 de 11 de novembro de 1994**. Regras Mínimas para Tratamento dos Presos no Brasil. Diário Oficial da União, 1994.

\_\_\_\_\_. Departamento Penitenciário Nacional. **Relatório da Situação Atual do Sistema Penitenciário – Patronatos**. Maio/2008.

\_\_\_\_\_. Departamento Penitenciário Nacional. **Dados Consolidados**, 2008. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={D574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896}&BrowserType=IE&LangID=pt-br&params=itemID%3D%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C%7D%3B&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>. Acessado em: novembro de 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. Aprovado na 372ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), em 26/04/2011.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informações Penitenciárias - INFOPEN. **Relatórios Estatísticos - Analíticos do sistema prisional de cada Estado da Federação 2012**. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={D574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896}&BrowserType=IE&LangID=pt-br&params=itemID%3D%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C%7D%3B&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>. Acessado em fevereiro de 2013.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informações Penitenciárias – INFOPEN. População carcerária sintético, 2011. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={D574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896}&BrowserType=IE&LangID=pt-br&params=itemID%3D%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C%7D%3B&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>. Acessado em maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informações Penitenciárias – INFOPEN. População carcerária sintético, 2012. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={D574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896}&BrowserType=IE&LangID=pt-br&params=itemID%3D%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C%7D%3B&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>. Acessado em maio de 2013.

OBINGER, Herbert. Austria: strong parties in a weak federal polity. In: OBINGER, Herbert; LEIBFRIED, Stepan; CASTELS, Francis (ed.). **Federalism and the Welfare State: New World and European Experiences**. Cambridge: Cambridge University Press.

ONU. Organização das Nações Unidas. Subcomitê de Prevenção a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. **Relatório sobre a visita ao Brasil do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes**. 8 de fevereiro de 2012. Disponível em: [http://www.onu.org.br/img/2012/07/relatorio\\_SPT\\_2012.pdf](http://www.onu.org.br/img/2012/07/relatorio_SPT_2012.pdf). Acessado em: Dezembro de 2012.

PIOLA, Sérgio Francisco; et. all. Vinte Anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? In: IPEA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise: Vinte Anos da Constituição Federal**. 2ª edição. Brasília, n.17, vol.1, 2009. Capítulo 3. p.97-172.

RIO GRANDE DO SUL – Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Operativo Estadual de Atenção a Saúde da População do Sistema Prisional do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2005.

\_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Bipartite. Aprova a criação do Incentivo Financeiro Estadual, complementar ao Incentivo Federal, para a implementação, na adesão de municípios, de Equipes Municipais de Saúde Prisional nas unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas e dá outras providências. **Resolução nº 101/06 – CIB/RS de 08 de junho de 2006**. Porto Alegre, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2009-2011**. Instrumento elaborado pelo Grupo de Trabalho estabelecido na Portaria 67/2009 de 21 de Janeiro de 2009, publicada no D.O.E. em 23 de Janeiro de 2009, página 17

\_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Bipartite. Aprovar a alteração do Incentivo Estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais

de 100 pessoas presas e dá outras providências. **Resolução CIB/RS nº 257 de 31 de agosto de 2011**. Porto Alegre, 2011 (a)

\_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Bipartite. Aprovar a alteração do repasse financeiro para despesas de investimentos (construção, ampliação, equipamentos e material permanente) e dá outras providências. **Resolução CIB/RS nº 453 de 21 de novembro de 2011**. Porto Alegre, 2011 (b)

ONU. Organização das Nações Unidas. Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. **Relatório sobre a visita ao Brasil do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes**. 8 de fevereiro de 2012. Disponível em: <http://www.onu.org.br/relatorio-do-subcomite-de-prevencao-da-tortura-spt-esta-disponivel/>. Acessado em 27 de janeiro de 2012.

RUSCHE, George; KIRCHHEIMER, Otto. **Punição e Estrutura Social**. 2ª edição. Coleção Pensamento Criminológico. Volume 3. Rio de Janeiro: Editora Renavan: Instituto Carioca de Criminologia, 2004 [1939].

SAPORI, Luis Flávio. A política de segurança pública na sociedade brasileira. In: SAPORI, Luis Flávio. **Segurança Pública no Brasil: Desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, p.95-128.

SCHNEIDER, A. L., INGRAM, H. **Policy design for democracy**. University Press of Kansas, 1997.

SIDNEY, Mara S. Policy Formulations: Designs and Tools. In: FICHER, F; MILLER, G; SIDNEY, M. **Handbook of Public Policy Analysis Theory, Politics and Methods**. CRC Press, 2007.

SUBIRATS, Joan. **Definición del problema. Relevancia pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos**. In: SARAVIA, Enrique e FERRAREZI, Elisabete (org.). *Políticas Públicas*. Brasília: ENAP, 2006.

TRUE, James L.; JONES, Bryan D.; BAUMGARTNER, Frank R. **Punctuated-Equilibrium Theory: Explaining stability and change in American Policymaking**. In: Sabatier, Paul A. *Theories of the Policy Process*. University of California. Westview Press: 2007.

VELARDE, Juan Carlos Cortazar. Una mirada estratégica y gerencial de la implementación de los programas sociales. **Entre el diseño y la evaluación: El papel crucial de la implementación de los programas sociales**. Banco Interamericano de Desarrollo. pp. 1-62 1.ed. Washington, 2007

ZAFFARONI, Raul Eugenio. **Em busca das penas perdidas**: a perda de legitimidade do sistema penal. Rio de Janeiro: Renavan, 1991, 5ª edição, janeiro de 2001, 1ª reimpressão, 2010.

## ANEXOS

### Anexo 1 - Roteiros de Entrevistas semi-estruturadas

#### A. Roteiro de Entrevista – Governo federal

- 1) Como se deu o processo de criação/elaboração do PNSSP?
  - a. De quem foi a iniciativa e por quê (como se apresentou esta demanda)?
  - b. Quais atores participaram da construção e de que forma?
  - c. Em especial, como se deu a participação da sociedade civil (CNPCP, CNS e outros) nesse processo? Estes atores apresentaram alguma proposta em específico para a estruturação do PNSSP?
  - d. Quais os principais desafios e facilidades encontradas nessa fase de formulação?
  - e. Você considera que algum desses desafios ou facilidades enfrentados esteve relacionado ao fato do público alvo ser o indivíduo preso? Se sim, em que você enxerga essa relação?
  
- 2) Antes da criação do PNSSP existia alguma articulação entre Ministérios da Saúde e Justiça para desenvolvimento de ações voltadas para a população prisional? Se sim, como se dava esta articulação e quais ações eram desenvolvidas?
  
- 3) Atualmente, quais são os principais atores que influenciam a implantação do PNSSP?
  - a. Como você enxerga a burocracia nesse processo?
  - b. Como você enxerga a participação e o interesse da sociedade civil (conselhos de saúde, associações, movimentos sociais organizados, etc.) nesse processo?
  
- 4) Qual a avaliação desta Área Técnica sobre o PNSSP hoje?
  - a. Quais os principais problemas enfrentados na sua implantação?
  - b. Quais os principais avanços?
  - c. Quais os principais desafios e facilidades no que diz respeito à intersetorialidade MS-MJ e saúde-justiça (de forma geral/secretarias estaduais e municipais) na implantação do PNSSP?
  - d. Dentre os estados habilitados, quais têm se destacado (positivamente e negativamente) em relação a atenção a saúde prestada a população? Por quê?

- e. Quais fatores você considera ter influenciado as opções estaduais pela centralização estadual ou descentralização municipal da gerência dos serviços de saúde prisional no PNSSP?
- 5) Desde a criação do PNSSP até o momento, qual tem sido em média a receita orçamentária da Área Técnica para o desenvolvimento de suas ações?
  - 6) A Área Técnica tem conseguido executar o recurso disponibilizado? Se não, quais tem sido as dificuldades?
  - 7) A Área Técnica considera que o tema saúde prisional tem sido parte importante da agenda ministerial?
    - a. Se sim, como tem se dado esse processo? Quais atores estão envolvidos para construção desta agenda?
    - b. Se não, quais fatores você considera ser importantes para justificar essa ausência?
  - 8) Você considera a terceirização dos serviços de saúde prisional uma alternativa para a melhoria do acesso desta população aos serviços de saúde? Por quê?

#### Específicas para MS

- 1) Antes do PNSSP, qual a participação do MS na atenção a saúde da população no sistema prisional brasileira?
- 2) Quando foi criada a Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário?
- 3) A grande maioria dos estados habilitados tem apresentado dificuldades para execução do incentivo financeiro previsto no PNSSP. Quais têm sido os fatores apontados nos relatórios de gestão estaduais para justificar tal dificuldade?

#### Específicas para MJ

- 1) Antes do PNSSP, como era organizada a saúde no sistema penitenciário?
  - a. Além das diretrizes da Lei de Execução Penal, existia alguma política pública voltada para tal?
  - b. Como se dava a relação entre o MJ e MS no que diz respeito a atenção em saúde no sistema prisional?
- 2) Quais têm sido as principais dificuldades e facilidades relatadas pelas Secretarias Estaduais de Justiça/Defesa Social na implantação do PNSSP?

## **B. Roteiro de Entrevista – Minas Gerais**

- 1) Como se dava a assistência em saúde no sistema penitenciário estadual antes do POE?
  - a. Havia alguma diretriz, além da LEP, para organizar a assistência? (especialmente para a SEDS)
  - b. Como se dava a participação da SES na assistência em saúde no sistema penitenciário antes do POE-MG?
- 2) Minas Gerais teve alguma participação na construção do PNSSP? Se sim, como isso se deu?
- 3) Como se deu o processo de criação/elaboração do POE-MG?
  - a. De quem foi a iniciativa e por quê (*como se apresentou o problema*) ?
  - b. Quais atores participaram da construção e de que forma (*investigar a participação do COSEMS, Promotoria, Defensoria, Universidade*)?
  - c. Como você enxerga a participação da burocracia e da sociedade civil (*CONEDH, Conselhos de Comunidades, Conselho Estadual de Saúde, movimentos sociais*) nesta fase?
  - d. Quais os fatores que influenciaram a opção pela centralização estadual da gerência dos serviços de saúde prisional em Minas Gerais?
- 4) Quando da elaboração do POE Prisional – MG foi criada uma Comissão Interinstitucional com o objetivo de coordenar a gestão e acompanhar a implantação do plano.
  - a. Esta Comissão ainda existe?

Se **sim**, como tem se dado o funcionamento da mesma?

Se **não**, porque a mesma parou os seus trabalhos? Quando e como isto aconteceu?

Como está sendo feito o acompanhamento das ações atualmente?
- 5) Você considera que o fato do público alvo ser o indivíduo preso tem interferido na disposição do Governo em atuar frente as questões que envolvem a saúde desta população?

Se **sim**, essa interferência é positiva ou negativa?

Se **não**, ao longo da implantação do plano (desde 2004) tem sido realizado co-financiamento estadual?
- 6) De acordo com a Portaria 2801/2011 Minas Gerais apresentou pendências de aprovação dos relatórios de gestão (2006-2010) pelo Conselho no que se refere à saúde no sistema prisional? Quais foram as dificuldades encontradas nesse processo?

- 7) Agora farei algumas perguntas sobre a participação de alguns atores no processo de implantação do POE Prisional – MG, e gostaria que vocês me falassem se eles têm participado, e como tem sido esta participação
- b. *COSEMS*
  - c. *Promotoria*
  - d. *Defensoria Pública*
  - e. *Universidade*
  - f. *Sociedade civil organizada*
  - g. *Algum parlamentar*
- 8) Qual a avaliação sobre o POE-MG hoje?
- a. Quais os principais problemas enfrentados na sua implantação?
  - b. Quais os principais avanços?
  - c. Quais os principais desafios e facilidades no que se diz respeito à relação Intersetorial SES/SEDS na implantação do POE?
  - d. Quais os principais desafios e facilidades no que se diz respeito à relação com os municípios?
  - e. Quais os principais desafios e facilidades no que se diz respeito à relação com o governo federal?

### **C. Roteiro de Entrevista - Município de Minas Gerais**

- 1) Como tem se dado a participação do município na atenção em saúde prisional? (*Quais as ações o município têm desenvolvido?*)
- 2) Caso o município esteja desenvolvendo alguma ação de saúde para esta população, estas ações estão inseridas na Política Municipal de Saúde?
- 3) Existe previsão orçamentária para ações destinadas a saúde prisional dentro do orçamento municipal?
- 4) Quais seriam os principais problemas enfrentados pelo município na prestação de assistência a população prisional?
- 5) Quais as principais facilidades?
- 6) Você considera que algum desses desafios ou facilidades enfrentados está relacionado ao fato do público alvo ser o indivíduo preso? Se sim, em qual você enxerga essa relação?
- 7) Existe algum grupo/movimento social envolvido com o tema da saúde prisional e participando da implantação das ações no município? Se sim, qual? E quais têm sido as principais reivindicações deste grupo/movimento social?
- 8) O município tem conhecimento das diretrizes nacionais e estaduais para saúde no sistema penitenciário?

- 9) Quais os principais desafios e facilidades no que se diz respeito à relação Intersetorial SMS, SES e SEDS no que tange atenção em saúde prisional?

#### **D. Roteiro de Entrevista – Rio Grande do Sul**

- 1) Como se dava a assistência em saúde no sistema penitenciário estadual antes do POE?
  - a. Havia alguma diretriz, além da LEP, para organizar a assistência? (especialmente para a SUSEPE)
  - b. Como se dava a participação da SES na assistência em saúde no sistema penitenciário antes do POE-RS?
  
- 2) Como se deu o processo de criação/elaboração do POE-RS?
  - a. De quem foi a iniciativa e por quê (*como se apresentou o problema*) ?
  - b. Quais atores participaram da construção e de que forma (*investigar a participação do COSEMS, Promotoria, Defensoria Pública, Universidade, apoio de algum parlamentar ou partido político*)?
  - c. Como você enxerga a participação da burocracia (*houve envolvimento? Se sim, de quais áreas?*) e da sociedade civil (*CONEDH, Conselhos de Comunidades, Conselho Estadual de Saúde, movimentos sociais*) nesta fase?
  - d. Quais os fatores que influenciaram a opção inicial pela centralização estadual da gerência dos serviços de saúde prisional no Rio Grande do Sul?
  
- 3) Como se deu a mudança da opção inicial, para adoção da municipalização da gerência dos serviços de saúde prisional no Rio Grande do Sul, em 2006, com as resoluções CIB/RS nº101 e 179 de 2006?
  - a. De quem foi a iniciativa e por quê (*como se apresentou o problema e a nova proposta – problemas na execução do recurso? Problemas com relatório de gestão? Alimentação dos bancos de dados?*)?
  - b. Quais atores participaram desta mudança e de que forma?
  - c. Houve alguma mudança institucional/governamental (*mudança de secretários, processo eleitoral, algum escândalo/crise na área*) neste período que favoreceu esta mudança?
  
- 4) Qual a avaliação sobre o POE-RS hoje?
  - a. Quais os principais problemas enfrentados na sua implantação?
  - b. Quais os principais avanços?
  - c. Quais os principais desafios e facilidades no que se diz respeito à relação Intersetorial SES/SUSEPE na implantação do POE?

## **E. Roteiro de Entrevista Mato Grosso do Sul**

- 1) Como se dava a assistência em saúde no sistema penitenciário estadual antes do POE?
  - a. Havia alguma diretriz, além da LEP, para organizar a assistência? (especialmente para a SEJUS)
  - b. Como se dava a participação da SES na assistência em saúde no sistema penitenciário antes do POE-MS?
  
- 2) Como se deu o processo de criação/elaboração do POE-MS?
  - a. De quem foi a iniciativa e por quê (*como se apresentou o problema*) ?
  - b. Quais atores participaram da construção e de que forma (*investigar a participação do COSEMS, Promotoria, Defensoria Pública, Universidade, apoio de algum parlamentar ou partido político*)?
  - c. Como você enxerga a participação da burocracia (*houve envolvimento? Se sim, de quais áreas?*) e da sociedade civil (*CONEDH, Conselhos de Comunidades, Conselho Estadual de Saúde, movimentos sociais*) nesta fase?
  - d. Quais os fatores que influenciaram a opção inicial pela centralização estadual da gerência dos serviços de saúde prisional no Mato Grosso do Sul?
  
- 3) Como se deu a mudança da opção inicial, para adoção da municipalização da gerência dos serviços de saúde prisional no Mato Grosso do Sul? (Existe alguma resolução que rege esta mudança?)
  - a. De quem foi a iniciativa e por quê (*como se apresentou o problema e a nova proposta – problemas na execução do recurso? Problemas com relatório de gestão? Alimentação dos bancos de dados?*) ?
  - b. Quais atores participaram desta mudança e de que forma?
  - c. Houve alguma mudança institucional/governamental (*mudança de secretários, processo eleitoral, algum escândalo/crise na área*) neste período que favoreceu esta mudança?
  
- 4) Qual a avaliação sobre o POE-MS hoje?
  - a. Quais os principais problemas enfrentados na sua implantação?
  - b. Quais os principais avanços?
  - c. Quais os principais desafios e facilidades no que se diz respeito à relação Intersetorial SES/SEJUS na implantação do POE?
  - d. Qual a contrapartida estadual (Saúde e Justiça) que tem sido oferecida no POE-MS?

## **F. Roteiro de Entrevista – Universidade**

- 1) Como se deu o processo de criação/elaboração do PNSSP?
  - a. De quem foi a iniciativa e por quê (como se apresentou o problema) ?
  - b. Quais atores participaram da construção e de que forma?
  - c. Como você enxerga a participação da comunidade de especialistas nesta fase?
  - d. Quais as alternativas foram apresentadas para solução dos problemas apresentados?
  - e. Quais os principais desafios e facilidades encontradas neste período de formulação?

## **G. Roteiro de Entrevista Municípios do Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul**

- 1) Como se dava a assistência em saúde prisional antes do Plano Municipal?
- 2) Quais fatores levaram a habilitação municipal?
- 3) Como tem se dado a participação do município nos processos decisórios relacionados a saúde prisional ?
- 4) Existe algum grupo/movimento social envolvido com o tema?
- 5) Quem participou (e como) da construção do Plano Municipal?
- 6) Como se dá a relação da SMS com a SES e SEJUSP/AGEPEN para a realização destas ações?

## **H. Roteiro de entrevistas – Conselhos de Saúde**

- 1) A atual gestão deste Conselho de Saúde têm conhecimento do Plano Operativo Estadual/Municipal de Saúde no Sistema Penitenciário?
- 2) O Conselho têm debatido sobre os problemas e avanços relacionados a saúde da população prisional do estado? Se não, por quê? Se sim, quais as principais questões que são debatidas?
- 3) Você considera que o fato do público alvo ser o indivíduo preso interfere na disposição do Conselho em debater e deliberar sobre as questões que envolvem a saúde desta população? Se sim, essa interferência é positiva ou negativa?

- 5) Você considera que o fato do público alvo ser o indivíduo preso interfere na disposição do governo em implementar as ações que envolvem a saúde desta população? Se sim, essa interferência é positiva ou negativa?
  
- 6) O Conselho têm conseguido acompanhar anualmente a prestação de contas pelo gestor no que se refere à saúde no sistema prisional? Se não, quais são as dificuldades encontradas?

**Anexo 2 - Sistematização da busca pelo tema da saúde prisional nos Relatórios de Atividades da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados, no período de 1999 a 2012<sup>89</sup>.**

Palavras chaves pesquisadas: 1<sup>a</sup> – prisional; 2<sup>a</sup> – penitenciário; 3<sup>a</sup> – carcerário.

ANO	FREQ.	TEMA <sup>90</sup>	PROPOSTA DE EMENDA AO ORÇAMENTO DA UNIÃO
1999	0+1+0	Projeto de Lei 2687/96 - Altera os artigos 74, 86, 195, 196 e 197 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que institui a Lei de Execução Penal. Projeto de Lei nº 3.569/93 - Dispõe sobre o trabalho, o estudo e a reintegração social do condenado e dá outras providências.	Nenhuma
2000	3+6+3	“Crise do sistema penitenciário”; “Exaustão do modelo”, tortura e violações de direitos. Caravana Nacional de DH no Sistema Carcerário; Rebeliões; <i>“foram vistos presos com <b>doenças graves abandonados sem tratamento</b>, constatada prática de <b>tortura e espancamentos</b>, a superlotação, extorsão de familiares para permissão de Diligência, <b>péssima alimentação</b>.. (p.78, grifo nosso).”</i>	Programa: Reestruturação do sistema penitenciário Ação: Assistência ao preso, à vítima e ao egresso do sistema penitenciário (emenda rejeitada)
2001	5+0+0	Massacre Carandiru; Reformulação da LEP; superlotação;	Nenhuma

<sup>89</sup> Esse período refere-se a todos os relatórios da referida comissão disponíveis no site da Câmara dos Deputados. Acessado em 08/06/2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/documentos/relatorios-de-atividades>

<sup>90</sup> Na coluna “Tema” estão elencados os principais assuntos tratados quando identificadas as palavras chaves pesquisadas, sendo destacados alguns trechos que tenham relação com a assistência em saúde.

		“uma sanção maior que 30 dias de isolamento compromete a saúde...”	
2002	3+0+0	Regime Disciplinar Diferenciado; “crise da insegurança do brasileiro”, tortura, corrupção, violação de direitos. <i>“Uma sanção maior que 30 dias para isolamento <b>compromete a saúde física e mental do preso e inviabiliza o processo de reinserção social.</b>”</i> (p. 9, grifo nosso)	Nenhuma
2003	16+24+0	Morte de detentos; Rebeliões; Caravana de DH no Sistema Prisional; Criação e organização de Subcomissão Permanente do Sistema Prisional, Grupos de Extermínios, Tortura e Trabalho Forçado; Seminário sobre experiências exitosas no Sistema Prisional;	Nenhuma
2004	5+1+0	Redefinição da Subcomissão Permanente do Sistema Prisional, de Proteção às Vítimas de Violência e de Combate à Tortura, Execuções Sumárias, Grupos de Extermínio e Trabalho Escravo; Sistema APAC; Situação dos presídios.	Nenhuma
2005	9+7+1	Morte de presos; Sistema APAC; Direito a voto do preso provisório; Violações de Direitos Humanos no sistema prisional; Condições “precárias e subumanas” nos estabelecimentos penais brasileiros; Seminário para tratar do financiamento do Sistema Prisional (PEC 263/2004); Violação de DH das mulheres encarceradas;	Nenhuma
2006	43+41+5	Rebeliões; “Crise aguda do sistema prisional”;	Nenhuma

	<p>X Conferência Nacional de Direitos Humanos – Grupo de Trabalho sobre Sistema Prisional Relatório – Situação do Sistema Prisional Brasileiro:</p> <p><i>“Na sociedade predomina o desprezo aos internos no sistema prisional. Não há sensibilização suficiente para provocar a mobilização eficaz face às <b>condições de saúde deploráveis</b>, os ambientes superlotados, a ausência de atividades laborais e educativas.”</i> (p. 142, grifo nosso)</p> <p>1) Acre</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: <i>“<b>Má qualidade da água e da comida servida aos presos.</b>”</i> (p.145, grifo nosso); <i>“<b>Falta de atendimento médico e odontológico, sistemático e eficiente.</b>”</i> (p.145, grifo nosso);</p> <p>Dentre as propostas relacionadas à saúde: <i>“Aumento da capacidade da estação de tratamento de água”</i> (p.145); <i>“Expansão de horta e pocilga, com acompanhamento de técnicos, para orientar os presos no plantio de verduras, legumes e cereais que podem ser usados para consumo interno (...)”</i> (p.145);</p> <p><i>“<b>Organização de “mutirão da saúde” para a realização de exames clínicos em todos os presos, visto que se constatou, convivendo na mesma cela, doentes de tuberculose, hepatite (esperando, inclusive, transplante), HPV e outras doenças não menos graves.</b>”</i> (p. 145, grifo do autor);</p> <p>2) Amazonas</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: <i>“<b>Prática de tortura no ato das prisões para obter confissões dos presos, muitos deles inocentes</b>”</i> (p.146, grifo nosso)</p> <p>3) Bahia</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: <i>“<b>Falta de acompanhamento médico, psicológico e econômico nas unidades prisionais.</b>”</i> (p.153, grifo nosso)</p> <p>Dentre as propostas relacionadas à saúde: <i>“<b>Psicossocial: viabilizar o atendimento</b></i></p>	
--	--	--

	<p><i>multidisciplinar de saúde. Orientar para a prevenção e redução dos danos causados pelo uso de drogas. Orientar quanto ao planejamento familiar, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, à tuberculose e ao câncer.</i>” (p.154, grifo nosso)</p> <p><i>“O Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário do Estado da Bahia está previsto na Portaria Interministerial nº1777, de 09 de setembro de 2003, que prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos.”</i> (p.155, grifo nosso)</p> <p>4) Distrito Federal</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: <i>“Insuficiência de assistência médica e odontológica; Maus tratos, humilhações e espancamentos de detentos por agentes penitenciários.”</i> (p.156 -157, grifo nosso);</p> <p>Dentre as propostas relacionadas à saúde: <i>“Disponibilização de material de higiene pessoal, vestuário e alimentação adequada.”</i> (p.157)</p> <p>5) Espírito Santo</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: <i>“Tortura e espancamento; Problemas estruturais nos prédios: esgotos a céu aberto e sempre entupidos, forçando o contato dos presos com detritos, ocasionando doenças de pele e outros problemas de saúde; Alimentação precária; Falta de assistência médica para muitos presos doentes.”</i> (p.158, grifo nosso)</p> <p><i>“Falta de água nas unidades prisionais”</i> (p.159, grifo nosso)</p> <p>Dentre as propostas relacionadas à saúde:</p> <p><i>“Ampliações e reformas - Recomenda-se que a reforma seja iniciada pelo sistema de esgoto (...); Melhorar a estrutura do corpo médico e disponibilizar medicamentos para os presos; Garantir urgente o fornecimento de água em todos os presídios; Solicitar ao serviço de vigilância sanitária do Estado constantes visitas aos presídios, com emissão de relatórios, pareceres e determinações sobre as condições de saúde e higiene dos prédios e</i></p>	
--	---	--

	<p><i>armazenamento dos alimentos. Rever a qualidade da comida servida nos presídios, inclusive com relatórios de nutricionistas e do serviço de vigilância sanitária; Desenvolver atividades de terapia ocupacional obrigatória” (p.159)</i></p> <p>6) Minas Gerais</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: <b>“Falta ou escassez de assistência médica, odontológica e psicológica; Disciplina dos detentos nas delegacias que está a cargo de policiais armados, que, na maioria das vezes, exageram suas prerrogativas, chegando mesmo à prática de tortura.”</b> (p.160-161, grifo nosso)</p> <p>7) Mato Grosso do Sul</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: <b>“Falta de atendimento à saúde; Denúncias de torturas, praticadas pela polícia, no momento das prisões, e de espancamentos, na penitenciária de Dourados; Insalubridade em presídios, comida de má qualidade, exposição a doenças”</b> (p.162, grifo nosso)</p> <p>Dentre as propostas relacionadas à saúde: <b>“Atendimento à Saúde SUS - para que os presos possam ser atendidos conforme previsto pela Portaria Interministerial 1.777/03, urge realizar concurso para admissão de cerca de 100 profissionais da área da saúde, além de convênios com municípios; Celebrar convênio do Estado com as secretarias municipais da saúde para que um enfermeiro faça um levantamento semanal preliminar de atendimento à saúde e providencie os encaminhamentos necessários.”</b>(p. 163, grifo nosso)</p> <p>8) Mato Grosso</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: <b>“Precariedade das condições sanitárias; Falta trabalho; Falta comida; Falta de saneamento básico em cadeias públicas e penitenciárias. As condições são de insalubridade extremas em algumas unidades; Saúde: dificuldades na implantação de um novo sistema, conforme a portaria 1.777 MJ/MS no SUS.”</b> (p.164, grifo nosso)</p>	
--	---	--

	<p>Dentre as propostas relacionadas à saúde: <i>“Recuperar junto ao Ministério da Saúde a proposta de acompanhamento das condições de saúde ocupacional do apenado. Antes do ingresso no sistema ao longo do cumprimento da pena e após sua saída do mesmo.”</i> (p.165)</p> <p>9) Paraíba</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: <i>“Espancamentos e outras retaliações ilegais após tentativas de fuga e rebeliões. Destruição de objetos pessoais dos presos ou e eletrodomésticos ( rádio, TV e ventiladores. Tortura com chicotes, tiros de balas de borracha e balas de chumbo. Falta de atendimento médico, inclusive psiquiatras ”</i> (p.165, grifo nosso)</p> <p>Dentre as propostas relacionadas à saúde: <i>“Garantia do Estado de não permitir a prática da tortura.”</i> (p.166)</p> <p>10) Pernambuco</p> <p>Conflito entre agentes e presos no dia 26/06/05, resultou na morte de 2 presos e 3 feridos.</p> <p>11) Paraná</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: <i>“Precário serviço de atendimento médico, odontológico e ambulatorial; Precária condições de higiene; Falta de área de lazer e de trabalho; Torturas e espancamento; Ameaças de morte ”</i> (p. 167-168, grifo nosso)</p> <p>Dentre as propostas relacionadas à saúde: <i>“Afastamento imediato dos envolvidos em denúncias de espancamento, tortura e abusos; Melhorar a qualidade de higiene e limpeza dos presídios de uma forma geral; Solicitar constante relatórios da vigilância sanitária sobre as condições de higiene nos presídios; Melhorar as condições de atendimento médico odontológico.”</i> (p.168)</p>	
--	--	--

		<p>12) Rio de Janeiro</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: “<i>Maus tratos.</i>” (p.169)</p> <p>13) Rio Grande do Norte</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: “<i>Presos nas delegacias de polícia no mais completo abandono, em celas imundas, sem banho de sol e submetidos à violência. Não há equipe técnica multiprofissional em nenhuma unidade do Estado (médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, advogado ou defensor), fato que demonstra descaso nas áreas da saúde e jurídica. Em várias unidades, os castigos são cumpridos em celas de portas chapeadas, sem ventilação e iluminação e sem a menor condição de habitabilidade, sem colchões, lençóis e roupas, na mais deplorável condição de desrespeito e violação de sua dignidade de pessoa humana. Estas celas são símbolos do terror, do medo, da tortura psicológica, do aviltamento da integridade física e moral.</i>” (p.170, grifo nosso)</p> <p>Dentre as propostas relacionadas à saúde: “<i>Assistência médica odontológica, social e psicológica</i>”. (p.171)</p> <p>14) Rio Grande do Sul</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: “<i>Falta de medicamentos; Falta de médicos; Falta de leitos custeados pelo SUS; Carência de psicólogas e assistentes sociais em algumas unidades prisionais; Maus tratos por ocasião de recaptura.</i>” (p.171-172, grifo nosso)</p> <p>15) São Paulo</p> <p>Dentre os problemas relacionados à saúde: “<i>Denúncias de agressões, torturas e práticas congêneres por agentes do Estado (...); Tratamento médico ausente ou inadequado</i>” (p.173, grifo nosso)</p> <p>Dentre as propostas relacionadas à saúde: “<i>Estabelecer políticas públicas para o</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>atendimento das demandas específicas das mulheres presas, privilegiando ações voltadas à saúde e assistência jurídica e social, inclusive capacitando os funcionários de unidades femininas (...); Elaborar e implementar programa de atenção aos egressos e aos familiares de presos, privilegiando ações na área da saúde, inclusive saúde mental, assistências jurídica, social e material (...); Implementar e aperfeiçoar o atendimento à saúde no sistema penitenciário e nas unidades da Secretaria da Segurança Pública, garantindo a realização e aplicação dos convênios entre os governos federal, estadual e municipal, para garantir assistência médica e hospitalar aos pacientes presos; Aprimorar o "Exame Médico de Ingresso" e o controle de dados epidemiológicos pelas secretarias de Estado da Saúde, Segurança Pública e Administração Penitenciária, inclusive criando Centro de Monitoramento Epidemiológico na secretaria da Administração Penitenciária; Adequar a atenção à saúde mental no sistema prisional, em especial nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, como previsto na Lei nº. 10.216/2001 e Resolução nº. 5/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária; Viabilizar as escoltas para diversos fins (atendimento de saúde, audiências judiciais e presença junto à família em caso de doença grave ou velório de parente), nos termos do artigo 120 da Lei de Execução Penal (...); Garantir a atenção à saúde do servidor, conforme as diretrizes da Portaria Interministerial nº. 1.777/03 (Ministério da Saúde e da Justiça); Excluir da legislação penal a regulamentação relativa aos doentes mentais submetidos à medida de segurança e transportar o tratamento para a legislação relativa à saúde, conforme as orientações da lei anti-manicomial; Executar a pena de deficientes físicos e de doenças graves e irreversíveis de forma alternativa, em analogia às regras da lei anti-manicomial.” (p.174-177, grifo nosso)</i></p>	
2007	2+10+3	<p>Visita da Alta Comissária da ONU para direitos humanos, sendo feito um balanço da situação dos direitos humanos no Brasil, focando especialmente nas violações perpetradas por agentes do sistema prisional, do sistema de segurança pública do Estado e por grupos de extermínio;</p> <p>Encontro Nacional de Direitos Humanos – defesa da humanização e reformulação do sistema prisional;</p> <p>Cobrança de maior transparência das autoridades penitenciárias sobre a realidade nas prisões;</p> <p>CPI do Sistema Carcerário;</p>	Nenhuma

		<p>Campanha de doação de livros ao sistema penitenciário;</p> <p>IX Fórum Parlamentar de Direitos Humanos – recomendação para não contingenciamento de recursos do Fundo Penitenciário Nacional;</p> <p>Debate sobre do projeto de lei de criação do regime de segurança máxima;</p> <p>Diligência a prisões na Bahia;</p>	
2008	1+3+3	<p>Política Pública Nacional voltada para egressos;</p> <p>Precariedade do sistema carcerário;</p> <p>Relatório da CPI do Sistema Carcerário: sessão 06 – Assistência à saúde: dor e doenças; sessão 07 - Assistência Médica: Falta Tudo; sessão 08 – Assistência Farmacêutica: Um Só Remédio para Todas as Doenças; sessão 09 – Assistência Odontológica: Extrai Dente Bom no Lugar do Estragado; sessão 10 – Assistência Psicológica: Fábrica de Loucos.</p> <p>“Em suas diligências, a CPI se deparou com situações de miséria humana. No distrito de Contagem, na cela nº 1, um senhor de cerca de 60 anos tinha o corpo coberto de feridas e estava misturado com outros 46 detentos. Imagem inesquecível! No Centro de Detenção Provisória de Pinheiros, em São Paulo, vários presos com tuberculose misturavam-se, em cela superlotada, com outros presos aparentemente “saudáveis”. Em Ponte Nova, os presos usavam creolina para curar doenças de pele. Em Brasília, os doentes mentais não dispunham de médico psiquiátrico. Na penitenciária de Pedrinhas, no Maranhão, presos com gangrena na perna... Em Santa Catarina, o dentista arranca o dente bom e deixa o ruim no lugar. Em Ponte Nova e Rio Piracicaba, em Minas Gerais, registrou-se a ocorrência de 33 presos mortos queimados (...)” (p.202 e 203).</p> <p>“A falta de medicamento também foi uma constante. Em uma cadeia na Bahia, o preso disse à CPI que, quando eles têm dores e pedem remédio, o Diretor manda um agente com um porrete, onde está escrito “dipirona”, para agredi-los. “Porradas” é o remédio que tomam.” (p. 204)</p>	Nenhuma

	<p>“Na cadeia feminina do Rio de Janeiro, onde 200 mulheres ocupam espaço destinado a 30, são muitos os casos de coceira, gerados pela falta de higiene, calor, superlotação. Lacraias, pulgas, baratas e ratos são companheiros das detentas. Muitas delas têm feridas e coceiras pelo corpo e o “remédio” que recebem para passar nos ferimentos é vinagre! Nas cadeias femininas, nem mesmo absorvente higiênico ou remédios para cólicas estão disponíveis. Se a menstruação for acompanhada de dor, não há remédio, a não ser reclamar. Quanto aos absorventes, quando são distribuídos, são em quantidade muito pequena, dois ou três por mulher, o que não é suficiente para o ciclo menstrual. A solução? As mulheres pegam o miolo do pão servido na cadeia e os usam como absorvente.” (p. 204 e 205)</p> <p>“Todavia, a CPI também apurou que as unidades prisionais praticamente não fornecem medicamentos aos internos. Basicamente, os mesmos remédios são utilizados em todos os tratamentos, das mais variadas doenças.” (p.210)</p> <p>“A CPI constatou que os reclusos não recebem assistência odontológica. Quando fornecida, dentro da unidade prisional, destina-se unicamente à extração dos dentes. A quantidade de presos banguelas, sem dentes, ou com dentes estragados é enorme. Quando há algum dentista, como em Santa Catarina, verificou-se que, apesar de ser servidor público, esse profissional cobra pelos serviços realizados e os realiza de forma negligente. Em Santa Catarina, na Penitenciária Feminina, o dentista, ao atender uma paciente, extraiu o dente bom, deixando na boca da infeliz o dente que estava estragado. Encontramos presos gemendo de dor de dente. Outros apelando para serem atendidos, em face do incômodo com problemas dentários.” (p.211)</p> <p>“A CPI constatou que o ambiente prisional é um meio eficaz tanto para a transmissão de doenças quanto para o surgimento de psicoses carcerárias, muitas vezes causadas pela atmosfera opressiva e por doenças existentes em razão das más condições de higiene, alimentação e vestuário” (211)</p> <p>Caso Cesare Battisti;</p> <p>Conferência Nacional de Direitos Humanos - Implementação de políticas públicas de enfrentamento a qualquer forma de discriminação (referência dentre outros aos egressos do</p>	
--	---	--

		sistema prisional), fortalecimento de mecanismos de controle interno, externo e social do sistema penitenciário e de segurança pública.	
2009	4+9+21	<p>Precariedade da educação no sistema prisional;</p> <p>Diligência a prisões no Espírito Santo e Rio Grande do Sul; “Foi relatada a situação caótica em que se encontram as unidades prisionais do Estado, como superlotação, maus-tratos, torturas, constrangimentos nas revistas, cerceamento das atividades de advogados que atuam no sistema prisional e ameaças a dirigente de entidades de direitos humanos, dentre outros” (p.92); “Foi construída uma nova ala para presos que estavam soltos numa área completamente sem condições e a alimentação também mudou positivamente. Ao lado disso, <b>há problemas como</b> a superlotação e a <b>propagação de doenças como a AIDS e a gripe H1N1</b>” (p. 94 e 95, grifo nosso)</p> <p>Seminário 25 anos da LEP e Sistema Penitenciário Brasileiro – violações de direitos, “prisões-contêiner”, condenações na Corte Interamericana de Direitos Humanos, assistência judiciária e defensorias públicas, proposta de “criação de um sistema penitenciário nos moldes do SUS” – municipalização do sistema penitenciário;</p> <p>Verificação das recomendações feitas aos estados pela CPI do Sistema Carcerário;</p> <p>Federalização das investigações do assassinato de Manoel Matos;</p> <p>Visita da CDHM a Cesare Battisti;</p> <p>Seminário Drogas, Redução de Danos, Legislação e Intersetorialidade.</p>	Nenhuma
2010	2+4+0	<p>Diligência a prisões no Maranhão para <b>investigação sobre a morte de 18 detentos</b>;</p> <p>Nota sobre assassinato de testemunha em investigação de corrupção no sistema penitenciário no Maranhão;</p> <p>Audiência Pública sobre propostas de alterações na execução penal – morte de 18 detentos;</p>	Nenhuma
2011	10+2+1	Seminário, realizado no dia 13 de setembro, onde foi debatido propostas para os egressos do sistema prisional e penas alternativas para crimes de menor potencial ofensivo;	Nenhuma

		<p>Violações de direitos na Birmânia</p> <p>Criação da Subcomissão Permanente Sistema Carcerário e Violência Institucional</p>	
2012	5+9+7	<p>Aprovação do PL 2786/11, que cria um sistema informatizado para registrar dados de acompanhamento da execução de penas</p> <p>Seminário realizado dia 27 de novembro com o objetivo de levantar propostas para humanização do sistema penitenciário e avaliar a implementação das indicações realizadas no relatório final da CPI do Sistema Carcerário</p> <p>Proposta de criação, em 2013, de Subcomissão Permanente da CDHM com o objetivo de acompanhar e contribuir para a implementação das metas definidas no Acordo de Cooperação pela Melhoria do Sistema Penitenciário Brasileiro e Redução do Déficit Prisional</p> <p>“anistia/indulto a presos acometidos de enfermidades graves”. (p.105)</p>	Nenhuma

**Anexo 3 - Sistematização da busca pelo tema da saúde prisional nos Relatórios de Atividades da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, no período de 2003 a 2012<sup>91</sup>.**

Palavras chaves pesquisadas: 1<sup>a</sup> – prisional; 2<sup>a</sup> – penitenciário; 3<sup>a</sup> – carcerário.

ANO	FREQ.	TEMA <sup>92</sup>	PROPOSTA DE EMENDA AO ORÇAMENTO DA UNIÃO
2003	0	-	-
2004	0	-	-
2005	0	-	-
2006	0+1+0	Seminário “POPULAÇÃO COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS: AÇÕES ESTRATÉGICAS NA SAÚDE”, realizado dia 25/04/06, com o “objetivo de debater as ações programáticas estratégicas do Ministério da Saúde e aprofundar a discussão sobre a importância da focalização das ações em determinados segmentos da sociedade; a necessidade de fortalecimento político dessas ações dentro do Ministério da Saúde, as possibilidades de se estabelecer a intersetorialidade das ações de saúde e de assistência social, facilitando o acesso do usuário às políticas setoriais, <b>especialmente aquelas voltadas para mulheres, crianças, adolescentes, jovens, idosos, pessoas com deficiência, e para a saúde mental</b> , e por fim, extrair propostas para a efetivação das ações.” (p.19, grifo nosso).	-

<sup>91</sup> Esse período refere-se a todos os relatórios da referida comissão disponíveis no site da Câmara dos Deputados. Acessado em 08/06/2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/relatorios-de-atividades/index.html>

<sup>92</sup> Na coluna “Tema” estão elencados os principais assuntos tratados quando identificadas as palavras chaves pesquisadas, sendo destacados alguns trechos que tenham relação com a assistência em saúde.

		O Seminário contou com uma mesa temática sobre Saúde no Sistema Penitenciário.	
<b>2007</b>	0	-	-
<b>2008</b>	-	-	-
<b>2009</b>	0+1+0	<p>“Apoiar implementação da Lei 11.942/09, que altera a Lei de Execução Penal nos artigos 14 § 3º, 83 - § 2º e o caput 89”. Trata de algumas medidas para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência.</p> <p>“As condições das penitenciárias femininas são deploráveis, sem nenhuma condição de habitabilidade e com doenças que vão da tuberculose à sarna. Não há e nunca houve, até o momento, programas concretos de reinserção social das mulheres encarceradas. É prática comum presas de ‘bom comportamento’ serem levadas para ‘festinhas’ nos presídios masculinos para acalmarem os presos. O perfil de nossas detentas é, em sua maioria, jovem, solteira e afrodescendente.” (p.24)</p>	-
<b>2010</b>	-	-	-
<b>2011</b>	-	-	-
<b>2012</b>	-	-	-

#### **Anexo 4 - Lista de Unidades Prisionais visitadas**

1. Presídio Central de Porto Alegre – Rio Grande do Sul
2. Presídio Feminino de Guaíba – Rio Grande do Sul
3. Hospital Vila Nova (ala destinada ao atendimento da população prisional) – Rio Grande do Sul
4. Presídio de Rio Brilhante – Mato Grosso do Sul
5. Presídio Feminino de Campo Grande – Mato Grosso do Sul
6. Presídio Inspetor José Martinho Drumond – Minas Gerais
7. Complexo Penitenciário Feminino José Estevão Pinto – Minas Gerais