

## Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade

National Comprehensive Health Care Policy for People Deprived of Liberty in the Prison System: a reflection from the perspective of intersectorality

Mariana Scaff Haddad Bartos (<https://orcid.org/0000-0002-5478-3480>)<sup>1</sup>

**Abstract** *This essay aims to bring up the debate on access to health in the prison system, focusing on the National Comprehensive Health Care Policy for People Deprived of Liberty (PNAISP) and the intersectorality proposed by the policy. As intersectoral articulation is one of the PNAISP main guidelines, we aim to reflect on its implementation, considering the Prison Primary Care Teams (EABP) professionals as street-level bureaucrats and the difficulty of access to health by people deprived of liberty as wicked problems. We understand that there are gaps in studies on access to health in the prison system with an intersectoral approach and analysis of the PNAISP with an academic focus and from the perspective of intersectorality. We aim to contribute to this debate within Public Health, addressing reflections on a health policy that affects the prison system.*

**Key words** *Intersectorality, Prisons, Health Policy, People Deprived of Liberty, Health Services Accessibility*

**Resumo** *Este ensaio pretende trazer o debate sobre o acesso à saúde no sistema prisional, com foco na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) e na intersectorialidade que a política propõe. Sendo a articulação intersectorial uma das principais diretrizes da PNAISP, o objetivo é trazer reflexões sobre sua implementação, considerando os profissionais das equipes de atenção básica prisional (EABP) como burocratas de nível de rua e a dificuldade de acesso à saúde por parte das pessoas privadas de liberdade como problemas perversos. Compreende-se que existem lacunas de estudos sobre acesso à saúde no sistema prisional com uma abordagem intersectorial e de análise da PNAISP com enfoque acadêmico e sob a ótica da intersectorialidade. Busca-se contribuir com este debate dentro da Saúde Coletiva, abordando reflexões sobre uma política de saúde que incide no sistema carcerário.*

**Palavras-chave** *Intersetorialidade, Prisões, Política de Saúde, Pessoa Privada de Liberdade, Acesso aos Serviços de Saúde*

<sup>1</sup> Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 715, Cerqueira César. 01246-904 São Paulo SP Brasil. [mariana.bartos@usp.br](mailto:mariana.bartos@usp.br)

## Introdução

O acesso à saúde por parte das pessoas privadas de liberdade é um tema sensível, principalmente ao levar em conta a precariedade das condições estruturais dos estabelecimentos penais, e complexo, por envolver diversos atores e especificidades que o cárcere traz consigo. Entrar nesta temática significa, antes de tudo, compreender o contexto no qual esta população está inserida e como as políticas públicas, ou a falta delas, afetam estas pessoas.

O Brasil tem 748.009 pessoas privadas de liberdade, sendo que 30% delas – 222.558 pessoas – ainda não foram julgadas, ou seja, são presos provisórios<sup>1</sup>. Além disso, 67% da população prisional do país é composta por pessoas pardas ou pretas<sup>1</sup>, e 75% da mesma população tem baixo grau de escolaridade, não tendo acessado, ainda, o ensino médio<sup>2</sup>. Os dados mostram que a população prisional não é multicultural, sendo o encarceramento uma engrenagem profunda de manutenção das desigualdades<sup>3</sup>. Conforme coloca Santa Rita<sup>4</sup>, o sistema penitenciário brasileiro funciona como um instrumento de segregação do sujeito e, conseqüentemente, vulnerabiliza ainda mais determinados grupos sociais.

Neste sentido, ao compreender o acesso à saúde pela população privada de liberdade torna-se essencial ter em vista o contexto de desigualdade e vulnerabilidade presente no cotidiano destas pessoas. A taxa de ocupação no sistema prisional brasileiro é de 171%, com um déficit de 312.925 vagas<sup>1</sup>. A superlotação, somada às condições insalubres, com boa parte das celas sem ventilação e entrada de luz adequadas, torna os presídios espaços propícios para a disseminação de doenças.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída em 2014, visa garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde. Ao estabelecer a intersectorialidade como uma de suas principais diretrizes, a PNAISP reconhece a multidimensionalidade dos problemas atrelados à saúde desta população. Assim, reforça a necessidade de soluções que envolvam uma estratégia coletiva e não apenas um setor. Além disso, importante colocar que a PNAISP é prevista por Portaria Interministerial, contemplando tanto o Ministério da Saúde, como o Ministério da Justiça, o que corrobora seu caráter intersectorial.

Entender o papel da intersectorialidade neste cenário é ter como pressuposto que tanto o cár-

cere em si, como a dificuldade de acesso à saúde por parte das pessoas privadas de liberdade são problemas perversos (*wicked problems*), ou seja, dinâmicos, multicausais e que se relacionam com outros problemas, requerendo abordagens menos tradicionais e mais interativas. Além disso, é também considerar que as pessoas privadas de liberdade necessitam de um olhar integral, um olhar que não as interprete como uma fração de pessoa e sim como um todo. A integralidade, também diretriz da PNAISP, está intrinsecamente relacionada ao trabalho intersectorial. Em grande parte da literatura, a complexidade dos problemas e suas diversas dimensões e causas estão diretamente relacionadas ao tema da intersectorialidade, o qual acaba tendo como perspectiva básica a necessidade de um olhar integral<sup>5</sup>.

Todavia, mesmo quando a intersectorialidade é consenso e diretriz, como é o caso da PNAISP, contando com a adesão de um conjunto expressivo de atores, é grande a chance de aparecerem problemas em sua implementação, ainda mais em um contexto permeado por relações de poder e juízos de valor, como é o caso do sistema carcerário. Deste modo, este ensaio também tem como objetivo trazer a reflexão sobre a mobilização de ações intersectoriais pelos profissionais das Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP). Ao considerar que não existe qualquer tendência natural à cooperação, seja ela entre setores governamentais no mesmo nível hierárquico, entre escalões da burocracia, entre a população envolvida nas políticas ou entre atores estatais e não estatais<sup>6</sup>, torna-se relevante discutir se e como a intersectorialidade está presente e, conseqüentemente, como isso pode influenciar a efetividade da PNAISP.

A literatura que trabalha com o tema do acesso à saúde no sistema prisional<sup>7-11</sup> ainda pouco tem como enfoque a questão da intersectorialidade, mesmo considerando a vulnerabilidade das pessoas privadas de liberdade. Por sua vez, a PNAISP, mesmo com um papel central no acesso das pessoas privadas de liberdade ao sistema de saúde, é ainda pouco analisada do ponto de vista acadêmico.

Os estudos que trabalham o conceito de intersectorialidade vêm conquistando cada vez mais espaço, sendo uma discussão desafiadora<sup>5</sup>. Embora a PNAISP traga o conceito como uma de suas principais diretrizes, é pouco comum que seja analisada em uma ótica intersectorial. O intuito deste ensaio é que a intersectorialidade seja trabalhada como principal conceito teórico, subsidiando o olhar sob a PNAISP.

A seguir será tratado o conceito de intersectorialidade, inclusive no campo da saúde. Em seguida, será abordado o tema da privação de liberdade, compreendendo discussões sobre a forma-prisão, o cárcere como punição e contextualizando a realidade prisional brasileira, incluindo as especificidades de saúde das pessoas privadas de liberdade. Ao mostrar como a saúde dentro do cárcere aparece na legislação, o texto vai apresentar a PNAISP como a atual política de saúde que incide no sistema carcerário. Além do desenho – formulação – da política, serão colocados os desafios de implementação, retomando o papel da intersectorialidade e a importância de articulação intersectorial por parte dos profissionais das equipes de atenção básica prisional (EABP). Por fim, este ensaio pretende apresentar o conceito de problemas perversos (*wicked problems*), estabelecendo relações com o conceito de intersectorialidade e, conseqüentemente, com o acesso à saúde dentro do cárcere.

### Intersectorialidade

Duarte e Leite<sup>12</sup> relacionam intersectorialidade à necessidade de as organizações sociais darem respostas a problemas complexos. Segundo Jaccoud<sup>13</sup>(p.15), é um tema que “vem ganhando destaque como estratégia relevante para gestão pública, em especial diante de problemas caracterizados como complexos e de públicos marcados por vulnerabilidades”.

Um ponto comum na literatura é a ideia de que a realidade tem problemas de várias dimensões, os quais interagem entre si e se reforçam mutuamente. Sendo assim, tais problemas demandam soluções que envolvam não apenas um setor, mas sim uma estratégia coletiva envolvendo diversos setores, áreas e atores. Assim, a intersectorialidade vem relacionada à ideia de integração entre setores. Segundo Pires<sup>14</sup>, ela surge nos debates quando se constata que os problemas sociais reais, para os quais as políticas públicas são destinadas, são necessariamente multifacetados e não obedecem às divisões setoriais das burocracias públicas.

Trazendo a discussão para o campo da saúde, importante colocar que é justamente no setor da saúde que a intersectorialidade se fortalece como conceito, entre as décadas de 1970 e 1980<sup>15</sup>. O entendimento de saúde passava a ser relacionado à qualidade de vida, e não apenas à ausência de doença. A Declaração de Alma-Ata, formulada pela OMS em 1978, reforçava esta noção integral da saúde<sup>16</sup>. Além da Alma-Ata, outros momen-

tos do campo da saúde pública também foram marcados pelo tema da intersectorialidade, como a Carta de Ottawa, em 1986, e a 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, com a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas, em 2013<sup>17</sup>.

No Brasil, a utilização do conceito de intersectorialidade tem origem também no campo da saúde, no contexto do movimento sanitário nos anos 1970, sendo consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986<sup>18</sup>. Os documentos que orientam o SUS reconhecem os múltiplos aspectos que fazem parte do processo saúde-doença, recomendando a articulação intersectorial<sup>17</sup>.

Tratar de intersectorialidade na saúde é trazer ao debate a discussão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), por meio dos quais é possível estabelecer relações entre a saúde das populações e as condições sociais em que as pessoas vivem. Ao considerar a influência de aspectos subjetivos, relacionais, comunitários, políticos, econômicos e sociais, tem-se uma perspectiva ampliada da saúde<sup>19</sup>, a qual ultrapassa o enfoque biológico e dá luz às iniquidades de saúde. Neste contexto, é fortalecida a ideia de promoção da saúde, dando ênfase à necessidade de políticas que visem diminuir as desigualdades sociais e tratando de aspectos relevantes para a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos indivíduos e da comunidade. A promoção da saúde, assim, é destacada como uma ação na atenção primária, a qual pode ser focada no meio ambiente e no estilo de vida<sup>20</sup>.

O entendimento dos Determinantes Sociais de Saúde e da importância da promoção da saúde mostra que o setor da saúde, sozinho, não é capaz de dar conta de todos os aspectos que influenciam e determinam a saúde dos indivíduos. A intersectorialidade, assim, volta ao debate como a principal estratégia para tratar os problemas e as soluções em uma perspectiva integrada. Conforme demonstra Franceschini<sup>21</sup>, o trabalho intersectorial aborda estes determinantes como uma nova proposta de trabalhar, governar e construir políticas públicas, em uma lógica de promoção da saúde e de melhoria da qualidade de vida da população, e com o setor Saúde se tornando um ator chave na mobilização de outros setores.

A partir desta discussão, é possível trazer de maneira concreta políticas públicas que foram formuladas e são implementadas com uma abordagem intersectorial, ou seja, que pensam a lógica de articulação com o setor saúde. A começar pela Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), a qual visa prover qualidade de vida e reduzir as

vulnerabilidades causadas pelos determinantes sociais<sup>22</sup>. A atuação na perspectiva da promoção à saúde visa justamente incentivar a participação de outros setores e da própria comunidade, advogando um compromisso de diversos atores<sup>23</sup>. Além da PNSP, o Programa Saúde na Escola é um exemplo de política intersetorial entre as áreas da saúde e da educação, além de prever também a participação de outros setores e atores, conforme a organização de cada território<sup>24</sup>. Por fim, importante dar concretude com políticas públicas que também trabalham de maneira central com populações marcadas por vulnerabilidades e que, assim, se aproximam da PNAISP no que diz respeito à complexidade dos problemas. Neste sentido, cita-se aqui a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher<sup>25</sup>, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas<sup>26</sup>, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>27</sup> e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>28</sup>, todas políticas públicas que necessitam extrapolar o setor saúde para dar conta dos determinantes que influenciam as saúdes de seus respectivos públicos-alvo.

#### **Privação de liberdade e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no sistema prisional**

A forma-prisão já existia antes mesmo de se constituir formalmente no aparelho judiciário e de ser utilizada sistematicamente nas leis penais. Junto a esta prisão ainda não definida como pena por excelência, a punição era uma cena, com castigos, torturas e execução pública. Mudanças na justiça penal no início do século XIX fez com que o espetáculo da punição fosse substituído por sofrimentos mais amenos ou por maior descrição na arte de fazer sofrer. Transformações institucionais, códigos explícitos e regras unificadas de procedimento fizeram com que a prisão se transformasse em uma peça fundamental no conjunto das punições. Assim, a privação de liberdade torna-se a forma simples de fundamentar a prisão<sup>29</sup>.

O caráter total das instituições, fechadas, simboliza uma barreira à relação social com o mundo externo, para onde a saída é proibida<sup>4</sup>. Segundo Goffman<sup>30</sup>(p.11) a prisão pode ser classificada como uma instituição total, ou seja, “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. Não se trata de uma

pura privação jurídica de liberdade: a prisão recodifica a existência e se transforma em um aparelho disciplinar exaustivo, sem interrupção, sem exterior e sem lacuna<sup>29</sup>.

No Brasil, já no século XIX a prisão predominava como forma de punição, baseada em um modelo de silêncio, solidão e reeducação por meio do trabalho, embora seja relevante observar como as práticas punitivas do Império se relacionavam à estrutura da sociedade escravista<sup>31</sup>. Ao analisar esta relação, Koerner<sup>32</sup> mostra como uma lógica dual permeava as punições, fundamentada na condição social ou estatuto jurídico do indivíduo, com agravamento das penas para os escravos. Em relação a São Paulo, Salla<sup>33</sup> aborda a existência de uma grande distância entre domínio das leis – a formulação dos dispositivos legais no encarceramento – e das ideias – o discurso que envolvia o tema da pena de prisão entre estudiosos e autoridades – com as práticas vividas no cotidiano das prisões. Destaca-se o intuito da então Província de focar na correção e no trabalho, em um cenário de encarceramento marcado pela precariedade, com locais insalubres e aglomeração<sup>33</sup>, situações ainda muito presentes.

Dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen 2019 – mostram que as patologias mais comuns no sistema penitenciário são a tuberculose, o HIV, a hepatite e a sífilis, todas doenças transmissíveis. No caso da tuberculose, uma das doenças infecciosas mais presentes dentro do cárcere, dados do Guia de Vigilância em Saúde<sup>34</sup> mostram que a população privada de liberdade tem um risco de adoecimento pela doença 28 vezes maior em comparação ao risco da população geral.

O direito à saúde por parte da população privada de liberdade está presente na legislação. A Lei de Execução Penal<sup>35</sup> assegura atendimento médico, farmacêutico e odontológico às pessoas presas e, logo depois, a Constituição Federal<sup>36</sup> reforça o respeito à integridade física e moral dessa população. Além disso, a questão da saúde no sistema prisional também aparece em tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e as Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros da ONU.

Em 2003 é lançado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de modo a organizar o acesso da população privada de liberdade aos serviços de saúde no âmbito do SUS. No ano de 2014, após avaliação e redesenho do PNSSP, é instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Li-

berdade no Sistema Prisional (PNAISP). A política surge a partir da necessidade de cumprir os princípios de universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange a população privada de liberdade. Assim, a PNAISP tem como objetivo geral a garantia do acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS<sup>37</sup>.

A Atenção Básica, principal porta de entrada dos usuários no SUS, é o elemento norteador da PNAISP. Também conhecida como Atenção Primária, é o nível de atenção no qual estão ações como promoção, proteção e manutenção da saúde, além da prevenção de agravos<sup>38</sup>. Ao incluir de maneira central a Atenção Básica, a PNAISP estabelece que as unidades prisionais passem a ser “portas de entrada” e “ponto de atenção”, de modo que o processo de trabalho das equipes de saúde seja organizado pelo acolhimento das pessoas que adentram ao sistema prisional e pela sistematização da continuidade do cuidado<sup>37</sup>.

A PNAISP prevê que a saúde dentro do sistema penitenciário seja organizada por equipes de atenção básica prisional (EABP), as quais têm a responsabilidade de qualificar a atenção básica – promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e acompanhamento – e realizar a articulação territorial – acesso aos serviços de urgências e emergências, à atenção especializada e hospitalar na rede extramuros, sempre que houver necessidade de atenção de maior complexidade<sup>37</sup>. Para que estes encaminhamentos no território aconteçam, compreende-se aqui a importância da articulação intersetorial, inclusive com profissionais com os quais os trabalhadores da saúde não estão habituados, como agentes carcerários e policiais.

As EABPs são equipes multiprofissionais, que podem se organizar em diferentes composições, a depender de critérios como o número de pessoas custodiadas e seus perfis epidemiológicos. A EABP Tipo I deve ter como composição mínima um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista e um técnico ou auxiliar de saúde bucal. Já a EABP Tipo II tem como composição mínima um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico ou auxiliar de saúde bucal, um psicólogo, um assistente social e um profissional de nível superior dentre as seguintes ocupações: fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia, terapia ocupacional, nutrição ou enfermagem. Por fim a EABP III tem o mesmo perfil da EABP II acrescida da equipe de saúde mental, a qual con-

siste em um médico psiquiatra (ou médico com experiência em saúde mental) e dois profissionais selecionados entre as seguintes ocupações: fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia, terapia ocupacional ou enfermagem<sup>37</sup>.

Os profissionais que compõem a EABP podem ser considerados burocratas de nível de rua, ou seja, os burocratas responsáveis pela implementação da política pública – no caso, a PNAISP. A burocracia de nível de rua atua diretamente com o usuário da política, se tornando um agente mediador entre o Estado e os cidadãos<sup>39</sup>. A atuação destes profissionais é influenciada pelos contextos político, econômico e institucional, e também por seus próprios referenciais, os quais envolvem interesses e concepções ideológicas, por exemplo<sup>40</sup>. Ao implementar políticas públicas com seus respectivos valores, crenças e ideais, os burocratas de nível de rua transformam o modo como estas políticas foram concebidas<sup>41</sup>. No caso do sistema carcerário, um espaço ainda bastante permeado por preconceitos, estes referenciais individuais, que incluem questões morais e de juízos de valor, podem influenciar ainda mais a implementação de políticas.

Voltando à PNAISP, todas as Unidades da Federação aderiram à política e, no que diz respeito à municipalização, seguindo o princípio de descentralização do SUS, entre os 927 municípios que possuem unidade prisional em seu território, 441 aderiram à PNAISP<sup>42</sup>. Desde que foi instituída, há mais de seis anos, é difícil encontrar estudos que visam compreender como tem se dado a implementação da PNAISP e os principais desafios encontrados.

Em 2019, 40% dos estabelecimentos prisionais ainda não possuíam consultório médico ou sala de atendimento clínico multiprofissional. As taxas de mortalidade nos sistemas prisionais aliadas a números constantes de pessoas privadas de liberdade com doenças infecciosas e/ou transmissíveis<sup>1</sup> mostram que ainda existe um longo caminho para que esta população acesse o SUS. Os elevados números de contaminação e óbito por COVID-19 dentro do sistema carcerário<sup>43</sup> podem ser o reflexo mais atual das dificuldades que estão presentes na implementação da PNAISP.

Em São Paulo, dados do Núcleo Especializado de Situação Carcerária da Defensoria Pública do Estado<sup>44</sup> mostram que 77,28% das unidades prisionais no estado não possui equipe mínima de saúde. Estes dados refletem como o Estado de São Paulo ainda está em desacordo com o PNAISP, o que é relevante observar visto que São

Paulo concentra 31% da população prisional do país, com 231.287 pessoas privadas de liberdade<sup>1</sup>.

A Coordenação de Saúde Prisional do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) reconhece que entre os serviços implementados no sistema prisional, o direito à saúde da pessoa privada de liberdade é um dos mais sensíveis, justamente em razão da precariedade das condições estruturais dos estabelecimentos penais<sup>42</sup>. Além da precária estrutura física das prisões, é necessário compreender as desigualdades que acompanham a população privada de liberdade. O cárcere pode ser entendido como um local onde prevalecem emoções, conflitos, contradições constantes e, sobretudo, desigualdades. A desigualdade, segundo Amis *et al.*<sup>45</sup>, é um problema multidimensional e sua profunda compreensão pressupõe entender de que maneira está presente no dia a dia e nas interações entre os indivíduos.

No cotidiano das prisões, as desigualdades são materializadas e os problemas não são isolados. Reconhecer suas diversas dimensões e como interagem entre si são desafios colocados na implementação de políticas intersetoriais, como é o caso da PNAISP. A intersectorialidade é uma das diretrizes gerais da política, junto a outras quatro diretrizes: integralidade, descentralização, hierarquização e humanização.

#### **A privação de liberdade e a dificuldade de acesso à saúde no cárcere como *wicked problems***

Quando é difícil definir linearmente um problema, muito provavelmente por suas dinamicidades, múltiplas causas e inter-relações com outros problemas, pode-se associá-lo a um problema perverso (*wicked problem*). A literatura diferencia os *wicked problems* dos *tame problems*, estes últimos colocados como problemas também complexos, porém mais fáceis de serem definidos e, consequentemente, solucionados<sup>46</sup>.

Das características relacionadas aos problemas perversos, destaca-se: são problemas difíceis de serem definidos; têm muitas interdependências e múltiplas causas; tendem a ser problemas instáveis; não têm soluções claras; são socialmente complexos – o que podem incluir sobreposição de vulnerabilidades –; dificilmente podem ser de responsabilidade de um só setor e de um só nível governamental; e suas soluções envolvem mudanças de comportamento. Além disso, alguns problemas perversos são também caracterizados por uma falha crônica de políticas públicas e de ação do Estado<sup>47</sup>. Segundo Cunill-Grau<sup>15</sup>,

são problemas que possuem objetivos políticos conflitantes e dissenso em relação às soluções apropriadas, o que requer uma abordagem mais interativa e não tradicional.

Os efeitos dos problemas perversos, ou *wicked problems*, dificilmente podem ser resolvidos, muito menos em uma lógica simples e linear. É possível, todavia, mitigar estes efeitos e suas consequências negativas<sup>46</sup>. Retoma-se, neste contexto, a importância da intersectorialidade como uma possível estratégia aos problemas perversos.

Assim, a partir do que foi colocado na seção referente à privação de liberdade, e a partir das características de um problema perverso, compreende-se aqui que tanto o cárcere em si, como a dificuldade de acesso à saúde por parte das pessoas privadas de liberdade podem ser entendidos como problemas perversos (*wicked problems*).

#### **Considerações finais**

Este ensaio pretendeu discutir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), articulando o conceito de intersectorialidade e dando luz à ideia de problemas perversos (*wicked problem*). Ao compreender os profissionais das equipes de atenção básica prisional como os burocratas responsáveis pelo dia a dia da PNAISP e pela articulação direta com os usuários – as pessoas privadas de liberdade –, foi trazida a reflexão sobre a influência de seus respectivos valores, crenças e ideais em suas atuações. Com base na literatura e nos dados, a seção sobre o tema da privação de liberdade mostrou como as desigualdades se materializam no cotidiano das prisões e como os problemas não são isolados, de modo que reconhecer suas diversas dimensões e como interagem entre si são desafios colocados na implementação de políticas intersetoriais, como é o caso da PNAISP. Cabe refletir o impacto que espaços ainda permeados por preconceitos e desigualdades, como é o caso do sistema carcerário, podem ter na articulação intersectorial e, consequentemente, na implementação da política, reforçando o problema perverso – *wicked problem* – que envolve o acesso à saúde no cárcere.

Indicam-se aqui possíveis agendas de pesquisa, principalmente no que se refere a estudos que visem compreender como tem se dado a implementação da PNAISP e os principais desafios encontrados. A partir do que foi exposto neste texto, entende-se a relevância de analisar as relações intersetoriais presentes na implementação da PNAISP, compreendendo que este processo

também pode ser influenciado por diversos fatores que permeiam os burocratas implementadores da política, neste caso os profissionais que compõem a EABP. Destaca-se a importância de analisar a intersetorialidade enquanto dinâmica de interações entre usuários da política – pessoas privadas de liberdade – e os implementadores – equipes de atenção básica prisional. Por fim, re-

força-se a contribuição destas possíveis agendas de pesquisa na produção de dados e de conhecimento sobre o sistema carcerário, visto que estes ainda são muito escassos e fragmentados. Que as pesquisas e análises dentro desta temática possam contribuir para uma melhor compreensão do cenário e para apoiar as políticas públicas que incidem nas prisões.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen - julho a dezembro de 2019* [Internet]. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional; 2019 [acessado 2021 nov 14]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMmU4ODAwNTAtY2IyMS00OWJiLWE3ZTgtZGNjY2ZhNTY-zZDliiwiidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtND-NmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>.
2. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen Atualização - junho de 2016* [Internet]. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional; 2017 [acessado 2021 abr 16]. Disponível em: [http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-deinformacoes-penitenciarias-2016/relatorio\\_2016\\_22111.pdf](http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-deinformacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf).
3. Borges J. *O que é: encarceramento em massa?* Belo Horizonte: Letramento Editorial; 2018.
4. Santa Rita RP. *Mães e crianças atrás das grades: em questão o princípio da dignidade da pessoa humana* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
5. Bronzo C. Intersetorialidade como princípio e prática nas políticas públicas: reflexões a partir do tema do enfrentamento da pobreza. In: *Anais do Concurso Del Clad Sobre Reforma Del Estado Y Modernización De La Administración Pública*. Caracas: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo; 2007.
6. Bichir R, Canato P. Solucionando Problemas Complexos? Desafios da Implementação de Políticas Intersetoriais. In: *Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: Ipea; 2019. p. 241-266.
7. Barsaglini R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. *Physis* 2016; 26(4):1429-1439.
8. Soares Filho MM, Bueno, PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Cien Saude Colet* 2016; 21(7):1999-2010.
9. Lermen HS, Gil BL, Cúnico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis* 2015; 25(3):905-924.
10. Castro VD, Sánchez A, Larouzé B. Para uma abordagem comunitária da saúde penitenciária. *Cad Saude Colet* 2014; 22(2):111-112.
11. Leal MC, Ayres BVS, Esteves-Pereira AP, Sánchez A, Larouzé B. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(7):2061-2070.
12. Duarte VC, Leite MRT. A Difícil Articulação entre Políticas Setoriais e Intersetoriais - o Componente Educação no Programa BH-Cidadania. In: *Anais do Encontro de Administração Pública e Governança* [Internet]. São Paulo; 2006 [acessado 2021 nov 14]. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/ENAPG157.pdf>.
13. Jaccoud L. Pobreza, direitos e intersetorialidade na evolução recente da proteção social brasileira. *Cad Estud* 2016; 26:15-34.
14. Pires RRC. Intersetorialidade, Arranjos Institucionais e Instrumentos da Ação Pública. *Cad Estud* 2016; 26:67-80.
15. Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: un acercamiento analítico-conceptual. *Gest Polít Publica* 2014; 23(1):5-46.
16. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Declaração de Alma-Ata*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1978.
17. Akerman M, Sá RF, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? Intersetorialidades! *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4291-4300.
18. Cruz M, Farah M. Intersetorialidade na atenção à primeira infância em políticas de enfrentamento da pobreza: do Comunidade Solidária ao Brasil Carinhoso. In: Junqueira LAP, Corá MAJ, organizadores. *Redes sociais e intersetorialidade*. São Paulo: Tiki books; 2016. p. 235-263.

19. Ribeiro KG, Aguiar JB, Andrade LOM. Determinantes Sociais da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC, organizadores. *Epidemiol Saude*. Rio de Janeiro: Medbook; 2018.
20. Araújo MFM, Almeida MI, Nóbrega-Therrien SM. Educação em Saúde: Reflexões para a Promoção da Vigilância em Saúde. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medbook; 2018.
21. Franceschini MCT. *A Construção da Intersetorialidade: o caso da Rede Intersetorial Guarulhos Cidade que Protege* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2019.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Promoção da Saúde* [Internet]. Brasília: MS; 2010. [acessado 2022 jun 07]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf).
23. Rouquayrol MZ, Goldbaum M, Santana EWP, Gondim APS. Epidemiologia, História Natural, Determinação Social, Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medbook; 2018.
24. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1781-1790.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: MS; 2004.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: MS; 2002.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*; 2006.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília: MS; 2013.
29. Foucault M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes; 2014.
30. Goffman E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva; 2015.
31. Koerner A. O Impossível “Panóptico Tropical-Escravista”: práticas prisionais, política e sociedade no Brasil do século XIX. *Rev Bras Cien Crim* 2001; 35:211.
32. Koerner A. Punição, disciplina e pensamento penal no Brasil do século XIX. *Lua Nova* 2006; 68:205-224.
33. Salla F. *As prisões em São Paulo: 1822-1940*. São Paulo: Annablume/Fapesp; 1999.
34. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia de Vigilância em Saúde*. 3ª ed. Brasília: MS; 2019.
35. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*; 1984.
36. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional*. Brasília: MS; 2014.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*; 2011.
39. Lipsky M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service*. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
40. Arretche M. Uma Contribuição para Fazermos Avaliações Menos Ingênuas. In: Moreira MCR, Carvalho MCB, organizadores. *Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais*. São Paulo: IEE/PUCSP; 2001. p. 43-56.
41. Lotta GS. *Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
42. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Assistência à saúde* [Internet]. Brasília: Portal do Departamento Penitenciário Nacional; 2020 [acessado 2021 nov 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/dirpp/cgpc/assistencia-a-saude>.
43. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Medidas de combate ao COVID-19* [Internet]. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional; 2020 [acessado 2021 nov 14]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTlhMjk5YjgtZWQwYS00O-DlklTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVlIiwidCI6Im-ViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNDmNy05MWYyL-TRiOGRhNmJmZThlMSJ9>.
44. Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DEPESP). *Processo nº: 0013115-12.2012.8.26.0053*. São Paulo: DEPESP; 2020.
45. Amis JM, Munir KA, Mair J. Institutions and economic inequality. In: Greenwood R, Suddaby R, Oliver C, Sahlin K, editors. *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Thousand Oaks: Sage; 2017.
46. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sci* 1973; 4(2):155-169.
47. Australian Public Service Commission. *Tackling Wicked Problems: A Public Policy Perspective*. Commonwealth of Australia; 2007.

Artigo apresentado em 15/11/2021

Aprovado em 02/06/2022

Versão final apresentada em 10/06/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva