

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**Sobre políticas de salvaguardas sociais em interfaces com o sistema de justiça criminal:  
interpretando diretrizes para cuidados em saúde de pessoas que vivem e convivem em  
unidades de custódia**

**Railander Quintão de Figueiredo**

**NITERÓI  
2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**Sobre políticas de salvaguardas sociais em interfaces com o sistema de justiça criminal:  
interpretando diretrizes para cuidados em saúde de pessoas que vivem e convivem em  
unidades de custódia**

**Railander Quintão de Figueiredo**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, linha de pesquisa Clínica e Política, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia.**

**Orientadora: Professora Doutora Silvia Helena Tedesco**

**NITERÓI  
2017**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

F475 Figueiredo, Railander Quintão de.  
Sobre políticas de salvaguardas sociais em interfaces com o sistema de justiça criminal: interpretando diretrizes para cuidados em saúde de pessoas que vivem e convivem em unidades de custódia / Railander Quintão de Figueiredo. – 2017.  
259 f.  
Orientadora: Silvia Helena Tedesco.  
Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia, 2017.  
Bibliografia: f. 187-201.

1. Proteção social. 2. Saúde pública. 3. Justiça criminal. 4. Execução (Processo penal). 5. Instituição penal. 6. Prisioneiro. 7. Trabalhador. I. Tedesco, Silvia, 1956-. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. III. Título.

Bibliotecária: Mahira de Souza Prado CRB-7/6146

**Sobre políticas de salvaguardas sociais em interfaces com o sistema de justiça criminal:  
interpretando diretrizes para cuidados em saúde de pessoas que vivem e convivem em  
unidades de custódia**

Railander Quintão de Figueiredo

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, do Instituto de Psicologia da  
Universidade Federal Fluminense, linha de pesquisa Clínica e Política, como requisito para  
obtenção do título de Doutor em Psicologia

Aprovado em 2017

Banca examinadora:

Professora Doutora Silvia Helena Tedesco  
Universidade Federal Fluminense

Professora Doutora Cristina Mair Barros Rauter  
Universidade Federal Fluminense

Professora Doutora Daizy Valmorbidia Stepansky  
Universidade Federal Fluminense

Professor Doutor Martinho Braga Batista e Silva  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Professora Doutora Renata Costa-Moura  
Universidade Federal Fluminense

Professor Doutor Walter Ernesto Ude  
Universidade Federal de Minas Gerais

**Dedico**

à minha amada Cecília;

às pessoas que habitam e às que trabalham em prisões.

## **Agradeço**

a Deus, pelas graças, possibilidades e presenças;

aos meus familiares, pelo apoio;

à minha orientadora Silvia Tedesco, por compartilhar suas leituras críticas acerca das realidades, por apontar caminhos, pela companhia ao longo deste e diversos outros trabalhos;

à coordenadora Mara Fregapani Barreto (MJ), pelo acolhimento, pelas orientações durante a realização dos trabalhos mencionados aqui e pelo consentimento para utilização de dados e textos elaborados em nossas atividades de consultoria;

às direções da Universidade Federal Fluminense (UFF), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJ) e do Ministério da Saúde (MS), pelas oportunidades de acesso aos contextos e conhecimentos;

às diversas pessoas com as quais convivi e aprendi em contextos de trabalho;  
às equipes das administrações prisionais, direções estaduais e locais do SUS, do judiciário, dos serviços de saúde e de avaliação e acompanhamento de pessoas com transtorno mental criminalizadas, pelas possibilidades de acesso aos campos e pelos saberes compartilhados.

## RESUMO

O tema tratado aqui nos remete à política nacional de cuidados em saúde da população que vive em prisões brasileiras. Concebida e coordenada pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Justiça (MJ) em articulação com estados, Distrito Federal e municípios, o arranjo conhecido por Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) propôs-se a fazer convergir a saúde coletiva e a justiça criminal, garantindo o acesso dessa população ao Sistema Único de Saúde (SUS), garantir direitos básicos e atenuar problemas advindos com as vivências em prisões. Por esta pesquisa empírica, analisamos as prisões, sua natureza, circunstâncias críticas e efeitos patogênicos; estudamos a saúde coletiva em seus estatutos e estratégias, as realidades socio sanitárias dos locais onde se instalaram as redes de saúde e os dispositivos carcerários. Sendo resultado de percursos e registros realizados, desde 2009, em trabalhos consultivos junto a organismos internacionais e instâncias do governo federal, sobretudo em abordagem coordenada pelo MJ e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para revisão da PNAISP, o nosso estudo nos levou a elucidar às iniciativas que culminaram com a implementação dessa política de cuidados, as diversas contradições nos sistemas de justiça e de saúde que lentificaram o alcance objetivos da política de cuidados vigente, além de avanços e alentadores esforços na recontextualização de premissas e práticas da saúde coletiva em prisões. Do mesmo modo, este estudo nos permitiu entrever adaptações úteis à PNAISP, como a ampliação do seu espectro de atuação, melhoria da capacidade estatal para assegurar subsídios financeiros e técnicos às administrações das prisões e do SUS, adequação de práticas de governança e produção de dispositivos e matrizes intersetoriais. E, sobretudo, reconhecemos que não será possível garantir as salvaguardas sociais e os cuidados em saúde de pessoas que vivem e convivem em prisões, sem uma reversão das intensas políticas de encarceramento (formas usuais de controle social e seleção histórica dos povos, que têm indiciado massivamente e preferencialmente as pessoas em condições de desvantagens sociais e dependentes químicos) e minimização das prisões enquanto dispositivos centrais para redução da violência e da criminalidade.

Palavras-chave: Proteção social, Saúde pública, Justiça criminal, Execução (Processo penal), Instituição penal, Prisioneiro, Trabalhador.

## ABSTRACT

The theme addressed here refers to the national health care policy of the population living in Brazilian prisons. Conceived and coordinated by the Ministries of Health and Justice in articulation with the states, the Federal District and municipalities, this arrangement known as the National Policy for Integral Health Care for Persons Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP) proposed to create congruences between collective health and criminal justice, guaranteeing the access of this population to the Unified Health System (SUS), as a basic right, and alleviating problems arising from living in prisons. Through this empirical research, we were able to analyze prisons, their nature, critical circumstances and pathogenic effects; we could also study collective health, its statutory and strategic aspects and socio-sanitary realities of the places where health networks and prison facilities were installed. As a result of a number of courses and registers carried out since 2009, in consultative work with international organizations and federal government bodies, especially in a recent approach coordinated by the Ministry of Justice and the United Nations Development Program (UNDP) to review the PNAISP, the our study led us to elucidate the initiatives that culminated in the implementation of this care policy, the various contradictions in the justice and health systems that slowed down the objective reach of the current care policy, as well as advances and encouraging efforts in the recontextualization of premises and practices in prisons. Likewise, this study allowed us to glimpse useful adaptations to the PNAISP, such as broadening its scope of action, improving state capacity to secure financial and technical subsidies to prisons and SUS administrations, compliance with governance practices and the production of devices and intersectoral matrices. And, above all, we recognize that it will not be possible to guarantee social safeguards and health care for people living and living in prisons without a reversal of the intense policies of incarceration - usual forms of social control and historical selection of peoples, which have indicted massively and preferably people in conditions of social disadvantages and chemical dependents - and minimization of prisons as central devices to reduce violence and crime.

Keywords: Social protection, Public health, Criminal justice, Execution (Criminal proceedings), Criminal institution, Prisoner, Worker.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica  
Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
AC - Acre  
ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
AL – Alagoas  
AM - Amazonas  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AP – Amapá  
ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico  
BA – Bahia  
BPC - Benefício de Prestação Continuada  
CadUnico - Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo  
CAMP - Centro de Apoio Médico Pericial  
CAO/DH - Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos e do Cidadão  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil  
CBO – Código Brasileiro de Ocupações  
CDP – Centro de Detenção Provisória  
CDPD - Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência  
CE – Ceará  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CEPAIGO - Centro Penitenciário de Atividades Industriais de Goiás  
CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador  
CES – Conselho Estadual de Saúde  
CF – Constituição Federal  
CFM - Conselho Federal de Medicina  
CFP – Conselho Federal de Psicologia  
CGPC – Coordenação-Geral de Promoção da Cidadania  
CGR – Colegiado de Gestão Regional  
CGU – Controladoria Geral da União  
CIB - Comissão Intergestora Bipartite  
CIDH - Corte Interamericana de Direitos Humanos  
CIR - Comissão Intergestora Regional  
CIT - Comissão Intergestores Tripartite  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNAS – Conselho Nacional da Assistência Social  
CNCD/LGBT - Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais  
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde  
CNIEP - Cadastro Nacional de Inspeções em Estabelecimentos Penais  
CNJ – Conselho Nacional de Justiça  
CNMP – Conselho Nacional do Ministério Público  
CNPCP - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COAPES - Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde  
CP – Código Penal Brasileiro  
CPP – Código de Processo Penal  
CR – Centro de Remanejamento  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social  
CRMI – Centro de Referência à Saúde Materno-Infantil  
CRP – Conselho Regional de Psicologia  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DAPES - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde  
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional  
DF – Distrito Federal  
DIRPP – Diretoria de Políticas Penitenciárias  
DMF – Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Medidas Socioeducativas do Conselho Nacional de Justiça  
DP-MSul - Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul  
EABP-I - Equipe de Atenção Básica Prisional I  
EABP-I SM - Equipe de Atenção Básica Prisional I com Saúde Mental  
EABP-II - Equipe de Atenção Básica Prisional II  
EABP-II SM - Equipe de Atenção Básica Prisional II com Saúde Mental  
EABP-III - Equipe de Atenção Básica Prisional III  
EAP – Serviços de Avaliação e Acompanhamento às Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei  
EASC I - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada I  
EASC II - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada II  
EASC III - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada III  
EC – Emenda Constitucional  
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente  
eCR - Equipes de Consultório de Rua  
EPEN - Equipe de Saúde no Sistema Prisional  
ES – Espírito Santo  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
ESP – Equipe de Saúde Prisional  
FBAC - Fraternidade Brasileira de Assistência aos Condenados  
FES – Fundo Estadual de Saúde  
FGR – Fundação Guimarães Rosa  
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz  
FMS – Fundo Municipal de Saúde  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
GAB/SES – Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde  
GEAPJ - Grupo de Trabalho Estadual para Assessoramento à Estratégia para Apoio e Acompanhamento da Atenção ao Paciente Judiciário

GH – Grupo Homogêneo  
 GO - Goiás  
 HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico  
 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
 ICTJ - *International Center for Transitional Justice*  
 IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde  
 INFOPEN – Sistema Integrado de Informações Penitenciárias  
 IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
 LEP – Lei Federal de Execução Penal  
 LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais  
 LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social  
 MA – Maranhão  
 MAC - Bloco de Atenção Média e Alta Complexidade  
 MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  
 MG – Minas Gerais  
 MJ - Ministério da Justiça; Ministério da Justiça e Cidadania; Ministério da Justiça e Segurança Pública  
 MP – Ministério Público  
 MP/GO – Ministério Público do Estado de Goiás  
 MP/MA – Ministério Público do Estado do Maranhão  
 MP/MG – Ministério Público do Estado de Minas Gerais  
 MP/PI – Ministério Público do Estado do Piauí  
 MPF – Ministério Público Federal  
 MSul – Mato Grosso do Sul  
 MS – Ministério da Saúde  
 MS/GM – Gabinete do Ministério da Saúde  
 MT – Mato Grosso  
 NAPJ - Núcleo de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis ao Paciente Judiciário  
 NAPS/CAPS - Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial  
 NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
 NOB-SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social  
 ObservaSMJC - Observatório de Saúde Mental e Justiça Criminal  
 OEA – Organização dos Estados Americanos  
 OMS – Organização Mundial da Saúde  
 ONU – Organização das Nações Unidas  
 OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
 PA - Pará  
 PAB-Fixo - Piso da Atenção Básica  
 PAB-Variável - Piso da Atenção Básica Variável  
 PAC - Piso de Alta Complexidade  
 PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos  
 PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental  
 PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família  
 PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator  
 PAR – Plano de Ação da Rede  
 PB – Paraíba  
 PE – Pernambuco  
 PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão  
PI - Piauí  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica  
PNAISP – Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional  
PNAMPE - Política Nacional de Atenção a Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional  
PNAS - Política Nacional de Assistência Social  
PNASTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora  
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose  
PNEPS - Política de Educação Permanente em Saúde  
PNI – Programa Nacional de Imunizações  
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde  
PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PPL – Pessoa Privada de Liberdade  
PR - Paraná  
PrA - Pronto Atendimento  
PRODOC - *Project Document*  
PSE – Proteção Social Especial  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
RAG – Relatório Anual de Gestão  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada  
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde  
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador  
RequalificaUBS - Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde  
RJ – Rio de Janeiro  
RN – Rio Grande do Norte  
RO – Rondônia  
RS – Rio Grande do Sul  
SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAP/SP – Secretaria de Estado da Administração Penitenciária de São Paulo  
SargSUS - Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SC – Santa Catarina  
SDH – Secretaria de Direitos Humanos  
SEAP/GO - Superintendência Executiva de Administração Penitenciária do Estado de Goiás  
SEAP/MA - Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Maranhão  
SEDS – Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais  
SEJUS/PI – Secretaria de Estado da Justiça do Piauí  
SEPPIR - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial  
SES – Secretaria de Estado da Saúde  
SES/GO – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

SES/MA – Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão  
SES/MG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais  
SES/SP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
SESAPI – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí  
SIASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais  
SIGEM - Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais  
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM  
SIM - Sistema de Informações de Mortalidade  
Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
Sisnad - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas  
SISPrenatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SNDH - Secretaria Nacional de Direitos Humanos  
SP – São Paulo  
SPM - Secretaria de Políticas para as Mulheres  
SRT – Serviço Residencial Terapêutico  
STF - Supremo Tribunal Federal  
SUAS – Sistema Único de Assistência Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SVS/ - Secretaria de Vigilância em Saúde  
TAC – Termo de Ajustamento de Conduta  
TAS – Termo de Ajuste Sanitário  
TB - Tuberculose  
TJ – Tribunal de Justiça  
TJ/GO – Tribunal de Justiça do Estado de Goiás  
TJ/MA – Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão  
TJ/MG – Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais  
TJ/PI – Tribunal de Justiça do Estado do Piauí  
TO - Tocantins  
TR – Termo de Referência  
UA – Unidade de Acolhimento  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UF – Unidade Federativa  
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UNASUS - Universidade Aberta do SUS  
UPA - Unidade de Pronto Atendimento 24 horas  
WHO - *World Health Organization*

## ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. QUESTÕES DE METODOLOGIA.....	24
3. DAS SALVAGUARDAS SOCIAIS E CUIDADOS EM SAÚDE NA RELAÇÃO COM A EXECUÇÃO PENAL.....	33
3.1. Sobre os profissionais que atuavam em contextos de custódia.....	44
3.2. Sobre salvaguardas sociais e a política de saúde.....	46
3.2.1. Das estruturas de gestão e operação em redes.....	48
3.2.2. Especificidades das redes de saúde e de proteção social como contextos prioritários na atenção psicossocial.....	55
3.3. Sobre a atenção à saúde da população privada de liberdade.....	63
3.4. Implementação e revisão do PNSSP.....	68
3.5. A instituição da PNAISP e as mudanças de cenários.....	75
3.5.1. Considerações sobre a organização e as responsabilidades institucionais.....	79
3.5.2. Ações e serviços para atenção à saúde dos beneficiários.....	83
3.5.3. Sobre a atenção à saúde materno-infantil.....	91
3.5.4. Sobre a assistência farmacêutica.....	96
3.5.5. Sobre a atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada.....	100
3.5.5.1. Algumas lições aprendidas.....	107
3.5.5.2. Do serviço dedicado à pessoa com transtorno mental criminalizada.....	112
3.5.6. Dos sistemas de informações em saúde.....	121
3.5.7. Dos indicadores das redes de saúde.....	125
4. SOBRE OS RESULTADOS OBTIDOS COM A IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISP.....	128
4.1. Fatores críticos observados: do propósito inclusivo da política e os limites para o pleno acesso.....	133
4.2. A estratégia para atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada.....	142
4.2.1. A experiência no estado do Piauí.....	142
4.2.2. A experiência no estado do Maranhão.....	146
4.2.3. Avaliando as práticas associadas à EAP.....	149
5. CONSIDERAÇÕES E PROPOSIÇÕES.....	154
5.1. Reconhecendo necessidades de saúde de profissionais em serviços penais.....	156
5.2. Sobre a regulação da política.....	158
5.3. Sobre a atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada.....	160
5.4. Sobre as alterações em serviços e consequentes impactos financeiros.....	169
6. CONCLUSÃO.....	176
REFERÊNCIAS.....	187
ANEXOS.....	202

Anexo A - Ações e serviços previstos baseados na RENASES.....	202
Anexo B – Quadro síntese de diretrizes e objetivos constantes na Resolução CIT nº 5/2013.....	208
Anexo C – Agravos de notificação compulsória.....	209
Anexo D - Indicadores que compõem o IDSUS.....	210
Anexo E – Relação de grupos de serviços especializados.....	211
Anexo F – Número de unidades de custódia e população custodiada, por tipo de unidade e UF.....	212
Anexo G – Unidades de custódia por condições de prisão e UF.....	213
Anexo H - Dados das unidades prisionais por faixa populacional dos municípios.....	214
Anexo I - Número de municípios e população prisional, por UF e nível de IDHM.....	215
Anexo J – Quadro de etapas durante a custódia e possíveis ações combinadas entre a saúde e o serviços penal.....	216
Anexo K - Número de profissionais que atuavam nos sistemas prisionais, em dez/2014.....	218
Anexo L - Cobertura de equipes da atenção básica, por UF, em março/2016.....	219
Anexo M - Módulo de atenção à saúde previsto na Resolução CNPCP nº 09/2011.....	220
Anexo N - Dispositivos cujos itens podem ser financiados pela política de cuidados em saúde da população custodiada e de trabalhadores em serviços penais.....	221
Anexo O - Parâmetros de produtividade das equipes de saúde – referências da OMS.....	222
Anexo P - Dados sobre a população feminina, gestantes e nutrízes.....	223
Anexo Q - Dados sobre a cobertura de CAPS, desde 2008 - Número de CAPS existentes, por ano, desde 2008.....	224
Anexo R - Equipes pertinentes à PNAISP e atenção básica, por UF.....	225
Anexo S - Numero de custodiados e cobertura PNAISP e PNSSP, por tipo de unidade de custódia e UF.....	226
Anexo T - Soma de valores de incentivos decorrentes do PNSSP e da PNAISP, por parte do governo federal, desde 2004.....	227
Anexo U - Projeção de universalização do acesso ao SUS pela população custodiada, segundo os parâmetros da PNAISP.....	228
Anexo V - Número de profissionais das equipes em CNES que referenciam a população privada de liberdade.....	229
Anexo X - Número médio de população custodiada por profissional das equipes habilitadas.....	230
Anexo Y – Dados sobre a cobertura de CAPS, desde 2008 - cobertura de CAPS, por UF, em março de 2016.....	231
Anexo Z - Cobertura dos diversos serviços para atenção psicossocial, por UF.....	232
Anexo AA - Níveis de suficiência de cobertura de CAPS, por cobertura da ESF.....	233
Anexo AB - Previsão inicial de habilitação de EAP, durante a pactuação da PNAISP.....	234
Anexo AC - Indicadores de cobertura da atenção básica, PNAISP e RAPS, por UF.....	235
Anexo AD - Cobertura de CAPS e ESF, em relação à população custodiada.....	236
Anexo AE - Cobertura CAPS em municípios com unidades de custódia e UF.....	237
Anexo AF - Tabela de indicadores pactuados para habilitação das EAP, no PI.....	238
Anexo AG - Número de municípios e suficiência em média e alta complexidades.....	239

Anexo AH - Número de municípios com unidades de custódia com suficiência em modalidades de média e alta complexidades, pelo IDSUS.....	240
Anexo AI – Projeção de universalização do acesso, com as alterações nos serviços.....	241
Anexo AJ - Quadro de equipes propostas para a política adequada.....	242
Anexo AK – Número de custodiados e unidades de custódia, por faixas populacionais.....	243
Anexo AL - Alterações à regra de aplicação dos índices de compensação.....	244
Anexo AM - Quadro de equipes da proposta de adequação dos serviços.....	245
Anexo AN - Projeção de universalização do acesso da política de cuidados.....	246
Anexo AO – Quadro de unidades prisionais com população custodiada acima de 1.000, sem referenciamento por equipes PNAISP habilitadas e destinatárias de subsídios do FNS.....	247
Anexo AP – Quadro de unidades prisionais com população custodiada com referenciamento por equipes PNAISP habilitadas e destinatárias de subsídios do FNS, em março/2016.....	254

## 1. INTRODUÇÃO

O sistema penal brasileiro vinha marcado por superlativos, sendo um dos mais críticos e complexos dentre as várias políticas existentes no país, retratando, pelas suas prisões, condições institucionais e realidades humanas e sociais preocupantes. Como atestou o governo central em seu relatório sobre os sistemas prisionais (DEPEN, 2014, p. 13) – e, de fato, encontramos sistemas que se diferenciavam em cada recorte subnacional -, o crescimento acelerado da população prisional brasileira, associado às inadequadas condições das unidades de custódia<sup>1</sup> (infraestrutura, disponibilidade de profissionais, recursos escassos, etc.) e às dificuldades decorrentes da administração da justiça, colocaram o país em uma posição desconfortável, com a quarta maior prisional do mundo e taxa de encarceramento bem acima da média global<sup>2</sup>.

Observamos o expressivo número de pessoas mantidas em privação de liberdade, massas difusas em exíguos espaços e submetidas a inadequadas condições de vivência, como resultado de intensas políticas de encarceramento. As prisões passaram a ser evidenciadas mais pelas realidades trágicas e efeitos degenerativos do que pela relevância enquanto dispositivos para solução dos problemas inerentes à violência e à criminalidade, destacando-se comumente as estruturas precárias, as violências, a superlotação, os riscos sanitários e as tímidas medidas de salvaguardas destinadas às pessoas por elas custodiadas.

Como agravante, pareceu-nos que parte dos sistemas públicos [políticas sociais universais, inclusive] apartaram a população custodiada das suas agendas, ainda que se tornassem evidentes os dramas carcerários nos territórios<sup>3</sup>, contribuindo para o aprofundamento das consequências trágicas decorrentes de vivências em locais de confinamento. Cristalizadas e

---

<sup>1</sup> Faremos referência às unidades de custódia, frequentemente, bem como utilizaremos os substantivos “prisão”, “unidade prisional” ou “dispositivo de custódia”. Esses dispositivos do sistema de justiça criminal serão caracterizados posteriormente, compreendendo também as delegacias de polícia (veremos que inúmeros estabelecimentos das polícias civis têm mantido pessoas custodiadas) e as unidades das administrações prisionais.

<sup>2</sup> Estados Unidos, com 2.217.000 custodiados, em 2013; China, com 1.657.812, em 2014; Rússia, com 644.237, em 2015; e Brasil, com 622.202, em 2014. As taxas de encarceramento no planeta era de 144 pessoas presas/100.000 habitantes e, no Brasil, 318/100.000 habitantes (*ibidem*).

<sup>3</sup> Usamos a categoria “território” com o sentido de espaço vivido, por vezes considerando a dimensão político-administrativa (o município, a região administrativa de saúde, a unidade federativa subnacional), mas também “cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local”, caracterizado, portanto, “por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral”. Esse espaço, onde também se inserem as unidades de custódia, apresenta, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (MIRANDA *et al.*, 2008, *apud* SANTOS e RIGOTO, 2011, p. 389).

persistentes historicamente, essas condições tornaram escassos os ambientes, as relações e as práticas saudáveis, sendo fontes de sofrimento e adoecimento para pessoas custodiadas e trabalhadores em ofícios penais, gerando reflexos sobre os familiares e efeitos residuais durante as trajetórias pós-prisionais.

Foucault (1999, p. 187), em problematizações históricas, demonstrou que as prisões consubstanciavam a sociedade e suas instituições, as formas de poder, de controle e segregação dos indivíduos, considerando-as produtoras de exclusão e delinquência; afirmou, num aparente desalento, que “conhecem-se todos os inconvenientes da prisão e sabe-se que é perigosa quando não inútil [...] entretanto não vemos o que pôr em seu lugar [...] é a detestável solução, de que não se pode abrir mão”. Solução onerosa para o sistema público e ineficaz.

O fenômeno da reincidência criminal destacou-se como efeito dessa crise, consubstanciando o fracasso de parte importante do sistema de execução penal e contribuindo de certa maneira para o recrudescimento da violência social, permanecendo ainda obscurecido e pouco compreendido, sem medidas gerais satisfatórias por parte do Estado e da sociedade (REIS, 2001, p. 18)<sup>4</sup>. Ainda que implicar o sujeito em conflito com a lei, propiciar e a sua responsabilização fossem considerados necessários, a administração da sanção penal e as operações de custódia não asseguraram agendas de direitos em grande parte dos casos e contribuíram escassamente para a inclusão e a adaptação sociofamiliar dos seus egressos. Essas circunstâncias, somadas à seletividade do sistema legal e da sociedade na criminalização de pessoas negras e depauperadas, se colocaram como pouco favoráveis à efetivação da justiça e à redução das violências e da criminalidade, com escassos efeitos reparadores.

A propósito, Foucault (2005, p. 82) definiu a reparação como prática judiciária adotada diante do rompimento do pacto social, pela qual se arbitriam os danos e as responsabilidades, sancionando e levando o autor do delito a restituir a perda ou o dano causado, sendo que à lei penal, em sua construção histórica, caberia impor o dever em “reparar o mal ou impedir que males semelhantes possam ser cometidos contra o corpo social”.

---

<sup>4</sup> O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) analisou 817 processos válidos para estimar a reincidência, em Alagoas, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pernambuco e Paraná, definindo em 24,4% a sua proporção (IPEA, 2015a, p. 22-23), considerando as definições do Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/1940, Código Penal Brasileiro: art. 63, “verifica-se a reincidência quando o agente comete novo crime, depois de transitar em julgado a sentença que, no país ou no estrangeiro, o tenha condenado por crime anterior”; e art. 64, para efeito de reincidência, “não prevalece a condenação anterior, se entre a data do cumprimento ou extinção da pena e a infração posterior tiver decorrido o período de tempo superior a 5 (cinco) anos, computado o período de prova da suspensão ou do livramento condicional, se não ocorrer revogação”. Por sua vez, Saporì *et al* (2017, p. 1) demonstraram que reincidência se diferenciava por territórios e períodos, afirmando que “consolidou-se no pensamento jurídico e no senso comum a certeza de que a taxa de reincidência criminal no Brasil supera 70%”, havendo poucos estudos científicos sobre esse tema no país. Concluíram que, durante 2014 e 2015, em Minas Gerais, 51,4% reincidiram (*ibidem*, p. 8); suscitaram os estudos de Adorno e Bordini (*ibidem*, p. 3), apontando 46,03% de reincidentes em São Paulo, entre 1974 e 1985, além da pesquisa de Lemgruber (*ibidem*, p. 3-4), que estimou 30,7% de reincidentes no Rio de Janeiro, em 1988.

Destacando a obviedade das prisões para o sistema penalista - “obviedade econômico-moral de uma penalidade que contabiliza os castigos em dias, em meses, em anos e estabelece equivalências quantitativas delitos-duração” -, sua naturalidade e “clareza jurídica”, estas seriam supostamente adequadas para promover a reparação, fundamentadas “em seu papel, suposto ou exigido, de aparelho para transformar os indivíduos”, punindo, “retirando tempo do condenado” e levando-os a “pagar suas dívidas”, com a ideia “de que a infração lesou, mais além da vítima, a sociedade inteira” (FOUCAULT, 1999, p. 261-262).

A reparação foi um conceito também utilizado pela clínica psicológica que, transposto à realidade coletiva, indicaria o estado psicoafetivo saudável e condição para restauração de laços e reconhecimento da alteridade. A consciência do dano causado ao outro e a identificação com o seu sofrimento, fariam com que o indivíduo renunciasse à sua atitude belicosa e se esforçasse por recompor os laços, aliviar a dor do outro e compensá-lo positivamente, sendo este processo essencial às relações humanas e à melhoria da vida coletiva<sup>5</sup>.

Com outra significação, a reparação também caberia ao Estado, diante de graves violações dos direitos fundamentais, tais como tratamentos degradantes e cruéis, torturas, detenções arbitrárias e injustificadas, sistematicamente e/ou discriminadamente em relação a determinados grupos populacionais (ONU, 1993; 2005)<sup>6</sup>. O Estado adotaria medidas para implementação de políticas que revertessem as situações de violações, reformar instituições, responsabilizar os perpetradores, garantir restituições e compensações por danos causados, propiciar a reabilitação e tratamentos em saúde, etc; do mesmo modo, serviriam para evitar a não recorrência das violações e para monitorar o seu cumprimento das reparações (ICTJ, 2007). As condições em muitas unidades de custódia brasileiras justificariam o endereçamento de inúmeras demandas e a adoção de medidas nesse sentido<sup>7</sup>.

Compreendendo, com o auxílio de Guattari (1992, p. 33), que “a única finalidade aceitável das atividades humanas” seria a produção de subjetividades que enriquecessem continuamente as suas relações com o mundo, as abordagens penais deveriam propiciar a criação de condições saudáveis e favoráveis à produção de liberdades e de inclusão social.

---

<sup>5</sup> Segundo Klipan e Mello Neto (2012, p. 313-314), baseados em estudos de Melanie Klein (1935), esta seria parte do processo de reconhecimento da alteridade, da identificação do outro enquanto sujeito separado de si, como um trabalho positivo realizado pela criança para minimizar os próprios sentimentos de culpa em função da dor, dano ou sofrimento causado ao outro, numa tentativa de buscar superar tal condição por expressões de afeto, reconhecimento, valorização.

<sup>6</sup> Normas internacionais básicas que versam sobre essa questão: Resolução nº 60/147, de 16/12/2005, sobre princípios e diretrizes sobre o Direito a Recurso e Reparação para Vítimas de Violações Flagrantes das Normas Internacionais de Direitos Humanos e de Violações Graves do Direito Internacional Humanitário; Declaração Universal de Direitos Humanos (art. 8); Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (art. 2); Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (art. 6); Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes; Convenção sobre os Direitos da Criança (art. 39); dentre outras.

Em seu texto, Guattari (1999, p. 11-14) utilizou uma concepção “transversalista” sobre os processos de produção de subjetividades. Respondendo “às suas amarrações territorializadas idiossincráticas (Territórios existenciais) e a suas aberturas para sistemas de valor (Universos incorporais) com implicações sociais e culturais”, considerou as “dimensões maquínicas” e a “heterogeneidade dos componentes” que se combinariam para as formas de subjetivação: os “componentes semiológicos significantes que se manifestam através da família, da educação, do meio ambiente, da religião, da arte, do esporte”, os elementos produzidos pela mídia, as “dimensões semiológicas a-significantes” (novos sentidos levariam a rupturas em relação ao que estivesse instituído, consolidado) e os equipamentos coletivos de subjetivação, “colocando em jogo máquinas informacionais de signos”, concomitantes ou não, produzindo e veiculando “significações e denotações” que escapariam às “axiomáticas propriamente linguísticas”. A subjetividade seria, então, um conjunto de condições que possibilitaria a “instâncias individuais e/ou coletivas” emergirem enquanto “território existencial autoreferencial”, adjacentes ou em relação com outras subjetividades (GUATTARI 1999, p. 19).

Nesses cenários prisionais, pelos quais concorriam componentes cujas significações e denotações se constituíam a partir de repertórios coercitivos fortemente aplicados, pareceu-nos pouco provável que se oferecessem aos indivíduos custodiados a suficiência social necessária à produção de saúde<sup>8</sup> e se dessem subjetivações em perspectivas reparadoras.

Como demonstrou a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório (WHO, 2003, p. 18), situações de riscos, conflitos, privações sociais e econômicas afetariam bastante a saúde das pessoas, perseverando ao longo do tempo, sendo que aquelas que se encontrassem abaixo dos níveis de suficiências sociais aceitáveis correriam duas vezes mais riscos de adoecimento grave e morte prematura. As causas materiais e psicossociais contribuiriam para que essas diferenças e seus efeitos se estendessem à maioria das doenças e causas de morte,

---

<sup>7</sup> Destacamos o caso da Casa de Detenção José Mario Alves, ou Urso Branco, em Rondônia, cujas condições precárias, “de risco e perigo” foram denunciadas à Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), levando-a a adotar medidas cautelares contra o Brasil, requerendo providências quanto ao respeito aos direitos dos custodiados daquela unidade e a iniciativas para melhorias da unidade de custódia, garantia de atenção à saúde, humanização do atendimento, etc (OEA, 2005, 2006). Também, em recente decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), em um recurso da Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul (DP-MSul), em favor de um custodiado que cumpria pena de 20 anos de reclusão em unidade daquele estado, prevendo a remição da pena e indenização de R\$ 2.000,00, cujos efeitos deveriam ter “repercussão geral” (STF, 2017): “Considerando que é dever do Estado, imposto pelo sistema normativo, manter em seus presídios os padrões mínimos de humanidade previstos no ordenamento jurídico, é de sua responsabilidade, nos termos do art. 37, § 6º da Constituição, a obrigação de ressarcir os danos, inclusive morais, comprovadamente causados aos detentos em decorrência da falta ou insuficiência das condições legais de encarceramento”.

<sup>8</sup> A acepção de saúde, aqui, foi entendida como condição de “salvação e conservação da vida”, do latim *salute*, e, como definido na Carta de Ottawa (OMS, 1986), “um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”, cujos pré-requisitos, ou “condições e os recursos fundamentais para a saúde”, seriam “Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade”.

sendo que a desvantagem social corresponderia à baixa escolaridade, ao emprego inseguro, às condições insalubres e perigosas de trabalho, às situações de confinamento, à habitação precária, às circunstâncias sociofamiliares difíceis e subsídios de pensões e aposentadorias inadequadas. Essas desvantagens se concentrariam em determinados grupos sociais e seus efeitos sobre a saúde se acumulariam durante a vida; quanto mais os indivíduos tivessem direitos básicos negados e vivessem em circunstâncias econômicas e sociais insuficientes, maiores os desgastes e riscos sofridos, piores as suas condições de saúde e menores as probabilidades de vida saudável quando idosos (WHO, 2003, p. 18-19),

Colocou-se, assim, um desafio que dependeria de rupturas e reconstruções conceituais nos sistemas prisionais e de saúde: o atendimento às necessidades das pessoas dos locais de custódia, com a criação de condições de saúde, vida e trabalho adequadas, reforçando “ações comunitárias concretas e efetivas” (WHO, 2003, p. 19). Sobretudo, para que garantissem salvaguardas adequadas, os dispositivos penais deveriam deixar de ser recursos preferenciais como respostas aos delitos e aos conflitos sociais, reorientando-se na perspectiva dos direitos fundamentais, superando práticas coercitivas e assistências escassas e rudimentares e abrindo-se às políticas sociais básicas. Nesse sentido, destacou o IPEA (2015b, p. 91):

A revisão da política penal tem que passar pela questão do encarceramento. Apesar dos problemas conhecidos e de sua baixa eficácia na redução da criminalidade, no Brasil ainda há uma hegemonia política em torno da utilização da prisão como forma eficaz para incapacitar infratores. Nesse sentido, em que pesem seus males, será um avanço se a pena de prisão só for aplicada a apenados por crimes violentos graves, como estupro, extorsão mediante sequestro e latrocínio, lesão corporal grave, tortura, tráfico de pessoas com emprego de violência, ameaça ou fraude, cárcere privado e homicídio doloso. Dessa forma, a proposta é que a pena de prisão seja voltada para infratores que cometeram crimes que atentem fortemente contra as integridades física e psicológica e a vida das vítimas. Para os demais crimes, hoje apenados com prisão, seriam aplicadas outras penas já previstas na legislação, como a PSC [*Prestação de Serviços à Comunidade, observação nossa*], a multa, a PP, [*Pena Pecuniária, observação nossa*] a interdição temporária de direitos e a prisão domiciliar. Pode-se até mesmo aventar outros tipos de penas, que, tal como as já previstas, preservem a dignidade e a integração social do apenado, sirvam para reafirmar a proibição da conduta social tipificada como crime, imponha uma sanção negativa ao apenado e colabore para seu aprendizado.

Vimos que o Ministério da Saúde (MS) conduziu a criação de uma política de saúde para pessoas custodiadas, considerando pluralidades e possibilidades de novas significações, em movimentos aos quais se engajaram direções estaduais e municipais do SUS, o Ministério

da Justiça (MJ), o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP)<sup>9</sup>, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), administrações prisionais estaduais, dentre outros.

Assim, o MJ e o MS protagonizaram a criação de conjuntos de medidas de salvaguardas, tendo como marco inicial o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09/09/2003, que esboçou alguns arranjos entre a execução penal e o Sistema Único de Saúde (SUS), subsidiando financeiramente e tecnicamente a implementação de serviços em unidades de custódia e territórios. Posteriormente, surgiu a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 01, de 02/01/2014, como resposta produzida pelos sistemas de saúde e de justiça para atenuar o crônico quadro de privação de direitos à saúde entre a população custodiada e possibilitar o seu acesso às redes de saúde nos territórios, podendo também ser interpretadas como conjunto de medidas de reparação em função das condições degradantes em muitas prisões.

Esse redirecionamento político-estratégico ampliou consideravelmente o arranjo construído a partir de 2002-2003, para reorientar os serviços de saúde existentes em prisões e implementar outros tantos em redes de saúde, ampliando subsídios financeiros, melhorando estruturas e serviços, focalizando estratégias e qualificando a oferta do cuidado.

Apoiado nisso, este estudo sistematizou conteúdos de trabalhos diversos, estruturando-se a partir de uma pesquisa empírica realizada junto ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e ao MJ, pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN)<sup>10</sup>, entre 2016 e 2017, de acordo com o *Project Document* (PRODOC) de Cooperação Internacional BRA 14/011, estabelecido em 2014, com o objetivo de aperfeiçoar as políticas de execução penal e de alternativas penais, por meio de estudos empreendidos por consultorias contratadas pelo organismo internacional e supervisionadas pelo órgão federal (MJ e PNUD, 2014, p. 14)<sup>11</sup>. Assim, foi possível coligir dados e informações sobre a revisão do PNSSP e a

---

<sup>9</sup> A Lei nº 7.210, de 11/07/1984, Lei de Execução Penal (LEP), ao CNPCCP incumbiria “propor diretrizes da política criminal quanto à prevenção do delito, administração da Justiça Criminal e execução das penas e das medidas de segurança [...] contribuir na elaboração de planos nacionais de desenvolvimento [...] promover a avaliação periódica do sistema criminal [...] estimular e promover a pesquisa criminológica [...] elaborar programa nacional penitenciário de formação e aperfeiçoamento do servidor”, dentre outras.

<sup>10</sup> A Lei nº 7.210/1984, no art. 71, definiu o DEPEN como um as órgão executivo da política penitenciária nacional e de apoio administrativo e financeiro do CNPCCP, cabendo: “acompanhar a aplicação das normas de execução penal no país, assistindo e orientando as unidades da federação na sua correta implementação e colaborando, por meio de convênios, na implantação de estabelecimentos penais; inspecionar e fiscalizar periodicamente os estabelecimentos e serviços penais; colaborar com as Unidades Federativas para a qualificação de pessoal penitenciário e para a realização de cursos profissionalizantes para os sentenciados; estabelecer o cadastro nacional das vagas existentes em estabelecimentos locais destinadas ao cumprimento de penas privativas de liberdade aplicadas pela justiça de outra unidade federativa.”.

implementação da PNAISP, com os seus aspectos facilitadores e obstaculizadores, e propor eventuais melhorias.

No texto que se segue, apresentamos os principais resultados e as reflexões advindas nesse percurso avaliativo e consultivo junto às instâncias governamentais. Buscamos sustentar a concepção de que as pessoas sob custódia e os trabalhadores em serviços penais, vivendo e convivendo em prisões e submetidos aos seus efeitos patogênicos, deveriam ser alcançados por um amplo sistema nacional de cuidados em saúde e medidas de salvaguardas, de acordo com as realidades epidemiológicas, possibilidades das redes locais e processos de trabalho integrados entre a saúde coletiva e os serviços penais.

No segundo capítulo, apresentamos questões de metodologia, com referências documentais, observações de práticas, escutas e coleta de dados verbais em contextos de práticas, além do detalhamento dos procedimentos para seleção e adaptação de dados primários em bases oficiais e a construção de uma base mais ampla e consistente.

No terceiro capítulo, dedicamo-nos ao estudo das salvaguardas sociais e da política de saúde pública, destacando princípios, conceitos e dispositivos inerentes às redes dos territórios. Tratamos, também, de dados das realidades prisionais, sobre as suas injunções e fatores patogênicos. Nessa etapa, descrevemos os processos de constituição do plano e da política de cuidados em saúde da população custodiada, as alternativas para atenção às pessoas com transtorno mental criminalizadas, além de aspectos estruturais, administrativos e operacionais da PNAISP. Na quarta parte, enfatizamos os principais resultados dessa política, entraves e lições aprendidas em algumas regiões do país, abordando tanto a atenção básica quanto a atenção psicossocial em suas interfaces com a execução penal.

O quinto capítulo representa a parte propositiva, com a pretensão de oferecer subsídios à política de cuidados, a partir das exposições e reflexões acerca das redes de saúde, sistemas de justiça e resultados obtidos com o PNSSP e a PNAISP. O sexto capítulo, por fim, trata de aspectos conclusivos, destacando o modelo persistente em grande parte do sistema prisional brasileiro e traduzindo os esforços e desdobramentos alentadores advindos por iniciativas de diversos atores da justiça criminal e da saúde coletiva na atenção às necessidades de pessoas criminalizadas custodiadas e que trabalhavam em prisões.

---

<sup>11</sup> O Brasil participava de organizações de cooperação internacional, por acordos de interesses mútuos, especialmente no sistema das Nações Unidas. Destacando-se que o PNUD vinha contribuindo para o processo de fortalecimento do Estado brasileiro, por meio de projetos de execução nacional, assistências técnicas e financeiras na concepção e realização de uma série de programas. Os projetos do PNUD foram implementados junto a entidades executoras nacionais, sendo estas órgãos públicos da administração direta e indireta e instituições privadas (PNUD, 2016).

## 2. QUESTÕES DE METODOLOGIA

Definimos como problema de estudo a necessidade da ampliação dos conhecimentos acerca das políticas para promoção da saúde da população custodiada, especialmente em relação às mudanças ocorridas nos territórios e unidades de custódia, as interfaces construídas com o sistema prisional, as formas de engajamentos das redes de saúde, as dificuldades encontrados nas adesões dos entes federativos, as agendas orçamentárias e financeiras assumidas, as eventuais inadequações normativas existentes, dentre outras.

Como respostas provisórias consideramos que: o PNSSP foi um razoável ponto de partida e a PNAISP emergiu como importante paradigma que promoveu sensível ampliação do acesso a ações e serviços de saúde, com o deslocamento de parte das atribuições dos sistemas prisionais para os dispositivos do SUS nos territórios que, gradualmente, passaram a assumir as responsabilidades pelos cuidados da população custodiada; os fatores dificultadores surgidos foram mais característicos de concepções e injunções historicamente naturalizadas na sociedade, em instituições da execução penal e em redes de saúde, que levaram a saúde coletiva a abster-se, em grande medida, do atendimento às demandas das pessoas encarceradas; e ocorreram efeitos positivos e transformadores em diversos contextos prisionais e em redes, em função das práticas decorrentes da implementação de estratégias locais pertinentes ao PNSSP e à PNAISP.

Afirmamos, em princípio, que as estratégias e políticas de cuidados em saúde destinadas à população prisional geraram efeitos importantes sobre as instituições carcerárias e a heterogeneidade de componentes que afetavam de certo modo as subjetividades em seus contextos. Acreditamos que, com as interfaces entre políticas de salvaguardas sociais e a justiça criminal, algumas condições político-institucionais e territorialidades foram transformadas, formas de “agenciamentos coletivos de enunciações” (GUATTARI, 1999, p. 19) refletidas e regidas também por pessoas cujos percursos de trabalho se deram na produção de agendas de direitos e na oferta do cuidado.

As alternativas metodológicas adotadas consistiram de análise documental e da observação participante que deu origem a um diário de campo. Diversos documentos – textos legais, relatórios e planos – representaram, ao longo do estudo conduzido pelo PNUD e pelo DEPEN, fontes de dados importantes, por traduzirem diretrizes necessárias à construção de concepções e registros inerentes às políticas para assistência à população privada de liberdade e

inclusão social, gestão de redes de saúde, implementação de estratégias de justiça e, notadamente, as representações e os sentidos, comumente compartilhados entre os agentes públicos que compõem os ciclos de implementação da PNAISP.

Os resultados desse esforço em investigar normas, dados oficiais, dados verbais e outras fontes, levaram à produção de relatórios analíticos sobre a PNAISP por eixos temáticos<sup>12</sup>: atenção básica; atenção especializada; atenção psicossocial; educação permanente; estratégias de divulgação; gestão da informação e indicadores; orientação sobre fluxos e processos básicos; e proposta de revisão da política.

Do mesmo modo, foram recorrentemente utilizadas as notas técnicas, relatórios de consultorias, observações de campo e registros históricos do processo de revisão do PNSSP e proposição da PNAISP, entre 2009 e 2013, bem como da sua implementação entre 2015 e 2016. Parte desse acúmulo ocorreu também: com as práticas avaliativas que pudemos realizar pelo DEPEN e PNUD, entre 2009 e 2012<sup>13</sup>; no contexto da coordenação de saúde da pessoa privada de liberdade do MS, entre 2012 e 2013<sup>14</sup>; pelos estudos realizados por meio da Universidade Federal Fluminense (UFF), especialmente durante a implantação do Observatório de Saúde Mental e Justiça Criminal (ObservaSMJC), pelo Instituto de Psicologia, entre 2013 e 2016<sup>15</sup>.

A obtenção dos dados verbais, pelas narrativas nas reuniões técnicas, no contexto do DEPEN, entre 2016 e 2017, constituiu-se como importante fator. Naquela etapa de pesquisa empírica, os estudos de campo foram fundamentais para compreensão das práticas locais,

---

<sup>12</sup> Com esse trabalho consultivo, foram produzidos relatórios que serviram como as bases para este estudo (FIGUEIREDO, 2016a, 2016b, 2016c, 2017), tendo sido a utilização do seu conteúdo autorizada pelo DEPEN.

<sup>13</sup> Ao longo de 2009, o DEPEN promoveu ciclos de monitoramento e avaliação dos processos de gestão e operacionalização do PNSSP em unidades federativas qualificadas – Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco, Bahia, Mato Grosso, Rondônia, Rio de Janeiro – por meio do Projeto PNUD BRA05/038 – Modernização do Sistema Penitenciário Nacional. O objetivo central do trabalho avaliativo do qual pudemos participar foi evidenciar, criticamente, as diretrizes para a implementação do PNSSP, as informações constantes no arcabouço documental gerado pelas instituições de coordenação e execução, demonstrativos dos resultados advindos dos primeiros anos do Plano, os dados obtidos por entrevistas e observações de campo, nas diversas unidades penais habilitadas e nas instâncias de gestão dos Planos estaduais (FIGUEIREDO, 2009).

<sup>14</sup> Um documento importante que pudemos elaborar naquele período – a minuta do Ofício nº 160/DAPES/SAS/MS de 20/08/2013 -, no Departamento de Ações Estratégicas (DAPES), traduziu parte dos estudos sobre a reorientação da atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada (MS, 2013d), bem como o material didático publicado para o curso de especialização em gestão da saúde prisional implementado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), do qual pudemos participar, nos quais aplicamos diversos subsídios obtidos por meio da pesquisa no âmbito da UFF (FIGUEIREDO e MACHADO, 2015).

<sup>15</sup> Docentes e estudantes de pós-graduação do Instituto de Psicologia da UFF foram envolvidos na proposição e realização de pesquisas e intervenções no campo da justiça criminal, adotando, como questões de fundo, as premissas da reforma psiquiátrica, a seguridade social e os referenciais teóricos de autores importantes que trabalham com a análise institucional e outros dedicados à crítica social e ao diálogo clínica e política. Integrando-se a uma rede nacional para estudos colaborativos, tem buscado participar de projetos de convergências entre as políticas sociais básicas e a justiça criminal, apoiadas nas responsabilidades das autoridades locais, bem como na implementação de políticas de observatórios locais para produção contínua de evidências e mobilização de competências (UFF, 2015).

compartilhamento de conhecimentos e obtenção de sugestões para que a PNAISP pudesse ser avaliada e eventualmente repensada.

Assim, as expressividades dos sujeitos que atuavam nos diversos campos, dos territórios ao governo central, nos ajudaram a alcançar um grau de compreensão importante sobre a política estudada. Em diversos casos, as sessões de conversas possibilitaram a manifestação de interjeições, muito em razão dos cenários dramáticos com os quais os profissionais tinham que lidar e das respostas favoráveis advindas, à medida que se conduziam na implementação das práticas de cuidado.

A opção pela “posição narrativa” favoreceu a articulação em torno das políticas em jogo, tal qual afirmaram Passos e Barros (2009, p. 150), numa tomada de posição (deste pesquisador e dos interlocutores locais com os quais foram estabelecidos os diálogos) que, em busca da produção do conhecimento necessário, implicava a todos politicamente.

Desse modo, consideramos sobretudo as subjetividades e seus encontros, numa tentativa de “apreender esta dimensão expressiva própria das práticas de saúde”, a pluralidade de componentes de subjetivação nos contextos de interesse (PASSOS; BARROS; 2009, p. 151). Essa dimensão política, esclarecem os autores, foi descrita como:

[...] a forma de atividade humana que, ligada ao poder, coloca em relação sujeitos, articula-os segundo regras ou normas não necessariamente jurídicas e legais. Não mais pensada exclusivamente a partir de um centro do poder (o Estado, uma classe), a política se faz também em arranjos locais, por microrrelações, indicando esta dimensão micropolítica das relações de poder [...]

As interações com os atores-chave que contribuíram nessa abordagem ocorreram nos contextos de São Paulo, Maranhão, Rio Grande do Sul e Piauí, entre julho/2016 e fevereiro/2017, com a observação de práticas na atenção aos privados de liberdade e às pessoas com transtorno mental criminalizadas, estratégias de pactuação e integração às redes de saúde. Esses diálogos se deram em contextos de gestão prisional, saúde e judiciário e operacionalização dos serviços em unidades de custódia e de saúde dos seguintes municípios: São Paulo, Franco da Rocha e Limeira, no estado de São Paulo; Porto Alegre e Rio Grande, no Rio Grande do Sul; São Luis, no Maranhão; e Teresina, no Piauí.

As bases oficiais utilizadas serviram como relevantes referenciais para compreensão das realidades, sendo estas demográficas, de custódia, sobre as redes de saúde, dentre outros. Nesse conjunto, as estruturas de dados pertinentes aos serviços, às equipes e aos profissionais habilitados nos serviços de saúde e cadastrados em seu sistema de gestão foram destacadas. Duas bases de dados primários, disponibilizadas para acesso público por meio da rede mundial

de computadores, que se referiam às unidades de custódia, população privada de liberdade (PPL) e territórios foram consideradas: o Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN) e o Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CNIEP).

O DEPEN disponibilizou uma tabela de dados sobre as unidades prisionais cadastradas no INFOPEN, e consolidados em dezembro/2014 (MJ, 2016a). Tal base originou-se do módulo de gestão da informação do sistema penitenciário no Brasil, sob a responsabilidade do MJ, e que era gradativamente substituído pelo Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN)<sup>16</sup>. Segundo o DEPEN, os dados dessa tabela eram os mais atuais, em junho/2016, sendo recorrentemente utilizados na produção de análises e outros estudos em suas áreas técnicas. Em primeira análise, foi possível certificar que essa base registrava dados de 1.436 unidades prisionais, em 970 municípios, mantendo 584.758 custodiados, não dispondo dos registros de unidades de custódia sob responsabilidade das polícias civis estaduais. Esse conjunto de unidades contava com 371.884 vagas disponíveis (excedendo-as em 250.318, então).

Tendo sido lançado em 2004, e após revisão metodológica, o INFOPEN tornou-se um instrumento importante para reconhecimento da realidade prisional do país, para que gestores e demais servidores penais o utilizassem como ferramenta estratégica, e especialistas pudessem se valer de suas informações para realização de estudos e pesquisas e, também como algo importante, a sociedade pudesse e acompanhar a realidade penal brasileira (MJ, 2014, p. 8). Esse primeiro sistema recebia, periodicamente, informações referentes aos estabelecimentos penais, aos seus recursos humanos, aos recursos e atividades logísticas, aos aspectos administrativos e financeiros, e à caracterização da sua população custodiada. Apresentava dados e relatórios oficiais consistentes, sendo um sistema descentralizado, disponível em rede, acessado em todo o território nacional pelos sistemas penitenciários estaduais.

A segunda base foi obtida por meio do sistema Geopresídios, em um módulo de dados georreferenciados do CNJ<sup>17</sup>, publicado na rede mundial de computadores desde abril/2011 (CNJ, 2016a), e que retratou os principais resultados das inspeções periódicas realizadas em estabelecimentos de custódia, obtidos por meio do relatório mensal do CNIEP<sup>18</sup>. Esses dados primários foram considerados válidos para o estudo em questão, pois eram mais abrangentes

<sup>16</sup> Esse sistema foi desenvolvido a partir de 2014 “para unificação dos dados referentes à execução de penas, prisão cautelar e medida de segurança”, prevendo “a gestão unificada dos dados referentes às pessoas privadas de liberdade, integrando dados dos órgãos de segurança pública, Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, OAB e órgãos da administração prisional” e possibilitando “o acesso a informações para as instituições competentes para a garantia dos direitos e benefícios pertinentes à execução da pena; o mapeamento da realidade da execução penal com vistas à elaboração de políticas públicas mais adequadas; a disponibilidade de informações organizadas que possibilitem maior observância dos prazos, realização periódica de exames, inspeções melhores instruídas, entre outros” (MJ e PNUD, 2014, p. 7).

que o INFOPEN e frequentemente utilizados na elaboração de diversas análises e publicados pelo CNJ.

Além dos dados georreferenciados, foram publicados relatórios periódicos, tais como os intitulados “Justiça em Números” e o “Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil” (CNJ, 2014), que utilizaram a base do CNIEP, ainda que algumas informações estivessem “pendentes de homologação” (CNJ, 2016a).

O quadro nacional publicado pelo CNJ (CNJ, 2016a), apresentava os seguintes dados gerais, em junho/2016: 289.918 pessoas mantidas em regime fechado; 98.558, em regime semiaberto; 9.344 em regime aberto; 247.080 custodiados provisoriamente, sem condenação definitiva; 275.106 em regime de prisão domiciliar; e 5.860 em cumprimento de medida de segurança. O total de pessoas custodiadas pelo Estado era, então, de 920.006, sendo 649.167 em unidades de custódia. Essa mesma base indicava a existência de 2.776 estabelecimentos penais cadastrados que contavam com 392.404 vagas, com um deficit de 256.763.

Em primeiro momento, em junho/2016, os seguintes dados referentes às unidades de custódia expostos no Geopresídios foram inseridos em uma planilha eletrônica: sigla da unidade federativa; nome do município; nome do estabelecimento; quantidade de vagas; quantidade total de custodiados; deficit de vagas; quantidades de custodiados em regimes fechado, semiaberto, aberto, provisórios; frequência de custodiados estrangeiros, indígenas, em cumprimento de medida de segurança; condições gerais da unidade. Com isso, foi composta uma tabela básica de 2.763 unidades de custódia, somando-se 649.167 pessoas privadas de liberdade.

Entretanto, nessa base primária, 495 estabelecimentos cadastrados e considerados válidos não apresentavam registros de número de pessoas sob custódia. Além destas, 52 unidades não demonstravam dados preenchidos no campo “quantidade de presos”, mas exibiam números populacionais em, pelo menos, um dos seguintes campos: “número de presos em regime fechado”, “número de presos em regime semiaberto”, “número de presos em regime

---

<sup>17</sup> O CNJ (2016b) constituiu-se como órgão público de atuação nacional, componente do sistema de justiça, com o objetivo de apoiar estrategicamente e administrativamente a todos os órgãos do poder judiciário, além de atuar como órgão de controle e fiscalização da atuação dos tribunais e magistrados de todo o país. Foi instituído por meio da Emenda Constitucional nº 45, de 31/12/2004, congregando dados das inspeções de estabelecimentos penais, além de coordenar mutirões periódicos da execução penal e fomentar programa e projetos nacionais para acesso à justiça, melhoria tecnológica de tribunais, implantação e fortalecimento de programas de reintegração social, alternativas penais, justiça restaurativa, etc.

<sup>18</sup> De acordo com o CNJ, os relatórios de inspeção que consolidaram o CNIEP foram organizados e atualizados de acordo a Resolução CNJ nº 47, de 18/12/2007, pelos juizes de execução penal de todo o país, que têm a responsabilidade de inspecionar mensalmente as unidades de custódia sob sua jurisdição. Tal norma estabeleceu que os juizes deveriam encaminhar até o 5º dia do mês subsequente à inspeção, o relatório consubstanciado por meio do sistema disponibilizado pelo CNJ.

aberto”, “número de presos provisórios” e/ou “número de internos em cumprimento de Medida de Segurança”. Assim, esses campos preenchidos foram somados e agregados ao campo “quantidade de presos”, suprimindo a primeira lacuna verificada.

Posteriormente, todos os dados obtidos com o Geopresídios foram comparados aos 1.436 registros do INFOPEN (MJ, 2014). Esse trabalho comparativo possibilitou os seguintes ajustes:

- a) associar os dados de todas as unidades encontradas nas duas bases (pois, as denominações das unidades eram divergentes, em grande parte);
- b) agregar 72 unidades constantes no INFOPEN e inexistentes no cadastro do CNJ; com isso, obteve-se um valor preliminar de 641.592 pessoas em condição de prisão;
- c) adequar o dado referente à população da unidade Penitenciária José Maria Alkmin, em Ribeirão das Neves, MG, que teve equivocadamente o registro da população total inserida no campo “em cumprimento de medidas de segurança”, superando uma distorção de 1.811 pessoas que não cumpriam medidas de segurança na unidade e, sim, pena de prisão;
- d) corrigir os dados pertinentes aos municípios, pois a base do CNJ, em 324 casos, registrava unidades de custódia existentes em determinados municípios como localizadas nas sedes das comarcas<sup>19</sup>, o que fez com que todas as unidades fossem levantadas, seus dados de localização verificados na rede mundial de computadores (páginas dos órgãos de segurança pública, dados do IBGE e INFOPEN) e adequados; e
- e) corrigir o campo “quantidade de presos” em 66 registros, que estavam nulos, substituindo-os pelos dados do campo “população total” preenchidos no INFOPEN; este procedimento elevou em 18.432 pessoas na base do CNJ; nestes casos, considerou-se um margem de erro, em função da variação positiva em relação ao período de registro do INFOPEN (dez/2014) e do Geopresídios (mai/2016), levando-se em conta o crescimento médio da população, em 7,5% ao ano, informado pelo MJ (2014, p. 15).

A escolha pelos dados do INFOPEN conferiu aos processos de análise e planejamento da política para saúde da população privada de liberdade, limites preocupantes: o número de

---

<sup>19</sup> Por exemplo, a Delegacia de Turilândia, no Maranhão, foi registrada como unidade de custódia no município de Santa Helena.

unidades de custódia e de municípios que as abrigava era insuficiente, sendo que os seus registros representavam parte dos estabelecimentos ativos. A opção pela base gerada a partir do CNIEP (CNJ, 2016a), foi relevante ao longo deste trabalho, pois permitiu a crítica aos dados do INFOPEN e uma aproximação mais adequada em direção à realidade dos territórios.

Com isso, o ajuste aos dados do CNJ, com comparações à base do MJ e diversas correções, repercutiu de modo positivo na leitura sobre as prisões, a população privada de liberdade e a sua inserção em redes de saúde. De fato, a amplitude territorial não pode ser relativizada [e minimizada] em uma política de saúde que pretende visualizar toda a população custodiada em unidades da justiça criminal – esteja ela sob responsabilidade da administração penitenciária ou da segurança pública - e promover seu acesso pleno ao SUS.

Assim, com as correções promovidas, obteve-se uma base com 2.835 unidades de custódia, em 2.132 municípios, totalizando 660.024 custodiados (MJ, 2016b). Este resultado final representou uma variação positiva de 1,7% em relação ao número de custodiados publicado pelo CNJ (2016<sup>a</sup>), ainda que fossem considerados os dados desatualizados publicados pelo DEPEN.

A terceira base utilizada, disponibilizada pelo CNJ ao MS, em planilha eletrônica, em agosto/2013 (CNJ, 2013), continha os dados das unidades de custódia inspecionadas naquele período. Essa base foi importante, para realização das análises feitas para planejamento das equipes, formulação dos critérios de habilitação, construção de indicadores para incentivos e compensações aos entes a serem habilitados, projeções de serviços em cada unidade e município e planejamento orçamentário e financeiro relativo à PNAISP.

Em complementação, foi incorporada uma planilha eletrônica que retratava todos os convênios firmados pelo DEPEN, entre 2006 e 2015, em apoio a projetos de aparelhamento e reaparelhamento de unidades básicas de saúde em prisões, detalhando os nomes e os locais das unidades, tipo de objetos dos convênios, datas, valores e populações beneficiárias.

Os dados referentes às redes e aos serviços de saúde foram obtidos a partir de bases do MS, por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e que elucidam diversos aspectos importantes, tais como quantitativos e coberturas populacionais das redes específicas e respectivos serviços e ações nos territórios, recursos financeiros transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, cadastros dos estabelecimentos de saúde e equipes, dados de desempenho das redes, dentre outros. As bases consultadas e utilizadas neste estudo foram assim trabalhadas:

- a) Dados sobre redes de saúde: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), um portal com indicadores, dados detalhados e consubstanciados sobre ações e serviços, população referenciada, recursos financeiros, dados epidemiológicos, etc. (MS, 2016b);
- b) Dados de cobertura do Departamento de Atenção Básica (DAB), sobre implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal (MS, 2016a);
- c) Arquivos dissemináveis do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), convertidas em arquivos em banco de dados para tabulação e relacionamento com outras bases obtidas (MS, 2016b); os arquivos obtidos, tendo como marco temporal março/2016, continham os registros dos estabelecimentos de saúde válidos, como localização, tipo de serviço, equipes e profissionais, equipamentos, infraestrutura, etc.;
- d) Tabelas de dados referentes às unidades de saúde habilitadas à PNAISP e ao PNAISP e recursos do incentivo financeiro, consolidada em março/2016 (MS, 2016b), e disponibilizadas pelo DEPEN;
- e) Tabela do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, com destaque para a Tuberculose - casos confirmados notificados (MS, 2014c);
- f) Tabelas do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), utilizado para avaliar o acesso potencial ofertado, o acesso efetivamente obtido pela população e a efetividade e o grau com que ações e serviços alcançaram seus resultados (MS, 2012) e que compunham a equação para definição dos valores do incentivo concedidos para a PNAISP; o IDSUS foi composto por 24 indicadores, considerando os diversos níveis de complexidade, a saber: indicadores de acesso, em atenção básica, urgência e emergência, referência e atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidades; e indicadores de efetividade, em atenção básica, ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, urgência e emergência e referência da média e alta complexidades e (MS, 2013a, p. 1-2).

Os dados para caracterização dos territórios foram obtidos por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do PNUD, com as seguintes fontes: indicadores dos municípios brasileiros, censo populacional realizado em 2010 (IBGE, 2010) e estimativas populacionais para 2015 (IBGE, 2016); e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

(IDHM), composto por indicadores de longevidade, educação e renda, por municípios, publicado pelo PNUD (2016b).

Os dados referentes aos recursos financeiros transferidos aos estados, Distrito Federal (DF) e municípios, para as unidades PNSSP e PNAISP foram obtidos com o acesso ao Portal da Transparência (CGU, 2016) e aos registros do Fundo Nacional de Saúde (FNS), que apresentam os repasses fundo-a-fundo destinados aos entes federativos (MS, 2016c), sendo obtidas planilhas eletrônicas com os seguintes dados básicos municipais referentes aos períodos de 2004 a março de 2016: função genérica associada à política ou programa, subfunção, ação programática, valor transferido ao ente federativo, ano e mês de transferência do recurso aos fundos estaduais e municipais de saúde.

Assim, todas as bases mencionadas aqui foram convertidas em tabelas em banco de dados *LibreOffice Base*, do *LibreOffice* (THE DOCUMENT FOUNDATION, 2016), aplicação em computador, para uso livre e de código aberto, a partir da qual tornou-se possível criar relações, análises quantitativas e qualitativas.

### 3. DAS SALVAGUARDAS SOCIAIS E CUIDADOS EM SAÚDE NA RELAÇÃO COM A EXECUÇÃO PENAL

Nesta parte, descreveremos os dispositivos e as realidades prisionais e seus fatores patogênicos, interpretando algumas relações com os territórios. Estudaremos as salvaguardas sociais, em especial a política de saúde pública, destacando princípios, conceitos e dispositivos inerentes às redes dos territórios.

Os inúmeros estabelecimentos existentes no país foram tipificados pela Lei nº 7.210/1984 - Lei de Execução Penal (LEP). De acordo com o art. 82, a esses dispositivos caberia o atendimento ao custodiado condenado ou provisório, à pessoa com transtorno mental criminalizada (submetido à medida de segurança ou aguardando laudo pericial e sentença), além do egresso (liberado condicionalmente ou definitivamente); e, pelo art. 83, a unidade penal “conforme a sua natureza”, contaria com “áreas e serviços destinados a dar assistência, educação, trabalho, recreação e prática esportiva”.

As pessoas em situação de prisão, ou custodiadas<sup>20</sup>, seriam mantidas nas seguintes condições: provisoriamente, sem condenação, como forma de adoção de medidas cautelares, com prisão em flagrante (de acordo com o art. 302, do Decreto-Lei nº 3.689, de 03/10/1941, Código de Processo Penal - CPP), temporária (pela Lei nº 7.960, de 21/12/1989, que dispôs sobre prisão temporária) ou preventiva (de acordo com o art. 312, do CPP); ou definitivamente, sob condenação à pena privativa de liberdade (reclusão ou detenção, segundo o art. 33, do Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/1940, Código Penal Brasileiro – CP) ou em cumprimento de medida de segurança por tratar-se de pessoa com transtorno mental criminalizada (art. 97, do CP). No art. 32, esta última norma estabeleceu que as penas poderiam ser privativas de liberdade, restritivas de direito e multa, e que, em seu art. 33, as penas privativas de liberdade poderiam ser vivenciadas em regimes fechado, semi-aberto e aberto.

Previstas pela LEP, as unidades de custódia deveriam cumprir funções antagônicas: segregar o custodiado, protegendo a sociedade do seu potencial ofensivo, submetendo-o à sanção penal, ao tratamento e às assistências de caráter multidisciplinar (art. 11), com o

---

<sup>20</sup> Sob guarda, proteção e submetidas a sanções pelo Estado em razão de atos delitivos supostamente ou comprovadamente cometidos. Mirabete (2000, p. 359), conceituou a condição de “prisão”, ou “custódia”, de acordo com o Decreto-Lei nº 3.689, de 03/10/1941, Código de Processo Penal – CPP, da seguinte forma: “é a privação da liberdade de locomoção, ou seja, do direito de ir e vir, por motivo ilícito ou por ordem legal. Entretanto, o termo tem significados vários no direito pátrio, pois pode significar a pena privativa de liberdade (‘prisão simples’ para autor de contravenções; ‘prisão’ para crimes militares, além de sinônimo de ‘reclusão’ e ‘detenção’), o ato da captura (prisão em flagrante ou em cumprimento de mandado) e a custódia (recolhimento da pessoa ao cárcere). Assim, embora seja tradição no direito objetivo o uso da palavra em todos esses sentidos, nada impede se utilize os termos ‘captura’ e ‘custódia’, com os significados mencionados em substituição ao termo ‘prisão’”.

objetivo de promover a sua inclusão social e reduzir as possibilidades de reincidência criminal, contemplando a assistência material (art. 12), atenção à saúde (art. 14), assistência jurídica (art. 15), educação (art. 17), assistência social (art. 22), apoio ao egresso (art. 25) e apoio ao trabalho (art. 28).

As unidades foram classificadas da seguinte forma: Penitenciária, art. 87, que “destina-se ao condenado à pena de reclusão, em regime fechado”; Colônia Agrícola, Industrial ou Similar, art. 91, para “cumprimento da pena em regime semi-aberto”; Casa do Albergado, art. 93, destinada ao “cumprimento de pena privativa de liberdade, em regime aberto, e da pena de limitação de fim de semana”; Centro de Observação. Art. 96, onde “realizar-se-ão os exames gerais e o criminológico, cujos resultados serão encaminhados à Comissão Técnica de Classificação”; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), incluindo-se a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), art. 99, destinada “aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal”; e Cadeia Pública, art. 102, também como Centro de Remanejamento (CR) e Centro de Detenção Provisória (CDP), destinada “ao recolhimento de presos provisórios”.

Algumas especificidades mereceram destaque, como as alternativas ao encarceramento de inimputáveis. Como será discutido posteriormente, com o advento da Lei nº 10.216, de 06/04/2001 - a Lei da reforma psiquiátrica - operadores da justiça criminal, adotaram providências para reorientar as suas formas de tratamento. Assim, considerou-se a necessidade de inclusão de pessoas em cumprimento de medidas de segurança em ambientes e serviços comunitários, evitando-se a internação em unidades da justiça criminal, sendo as redes de saúde as principais instâncias de tratamento e os contextos familiares, moradias assistidas e comunidades os seus principais *locus* de vivência.

Além disso, de acordo com o art. 4º, da LEP, foram definidas as entidades civis de direito privado sem fins lucrativo, consideradas parte importante no sistema de execução penal, estabelecendo-se que “o Estado deverá recorrer à cooperação da comunidade nas atividades de execução da pena e da medida de segurança”. Essas entidades, em regime de cooperação com a justiça e a comunidade, realizariam a execução penal, responsabilizando-se pelo tratamento penal e em processos de inclusão social. Dentre as experiências protagonizadas pelos órgãos do judiciário em alguns estados, a Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC), segundo a Fraternidade Brasileira de Assistência aos Condenados (FBAC, 2016) e o TJMG (2016), foi reconhecida como entidade civil destinada à execução de penas privativas de liberdade. Essa abordagem se diferenciou dos modelos punitivos e dispensou a presença de

agentes de segurança: “a oposição guarda *versus* preso desaparece naquele mundo prisional, pois agora são os próprios recuperandos responsáveis pela segurança e disciplina nos regimes de cumprimento de pena” (OLIVEIRA, 2013, p. 81); com viés religioso, adotou um método que respeitou a autonomia, o direito à educação, ao trabalho e à convivência familiar e comunitária, com o conceito de que todo ser humano criminalizado deveria ser tratado com respeito e de forma singularizada. De acordo com a FBAC (2016), até 2016, o método APAC estava instalado nos seguintes estados: uma, no Espírito Santo (ES); 7, no Maranhão (MA); 39, em Minas Gerais (MG); duas, no Paraná (PR); e uma, no Rio Grande do Norte (RN). Além dessas, outras unidades se encontravam em fase inicial de planejamento, negociação e implementação: uma, no Rio Grande do Sul (RS); uma, no PR; 58, em MG; e uma, no ES.

A propósito, a assistência religiosa tornou-se abordagem comum para amenizar os efeitos do encarceramento, apoiar o controle e a evitação de crises na unidade, bem como auxiliar na integração social durante e após a custódia. Como componente em processos de subjetivação, figurou entre os mais significativos. A LEP, no art. 24, sustentou que essa abordagem, “com liberdade de culto”, seria um direito dos custodiados, sendo viabilizada a participação em “serviços organizados no estabelecimento penal”, além da “posse de livros de instrução religiosa”; salientou, no parágrafo 1º, do *caput*, que a unidade de custódia garantiria “local apropriado para os cultos religiosos”, e, no parágrafo 2º, que não seria obrigatória a participação por aqueles que não a desejassem. Isso os colocava diante de uma dualidade: a perspectiva do crime, a realidade de crise e conflito do ambiente penal, as muitas perdas (materiais, simbólicas e da liberdade) e o estigma social; ou a proposta conciliatória, pacificadora, comunitária e solidária de concepções espiritualistas e, por vezes, o proselitismo religioso, entendido como “o discurso tendente a convencer os demais da veracidade e do acerto das crenças religiosas que se professa” cujo objetivo consistiria em “expandir a comunidade de adeptos da fé por meio da conversão religiosa”, e que consistiria em “manifestação do direito à liberdade de expressão religiosa, direito este que entrecruza os âmbitos de proteção dos direitos fundamentais que o compõem, a liberdade religiosa e a liberdade de expressão” (SANTOS, 2012, p. 101-102)<sup>21</sup>.

Os grupos religiosos que ofertavam essa forma de assistência, predominantemente católicos, evangélicos e espíritas que apresentavam, em suas abordagens, a evangelização e a

---

<sup>21</sup> Contraditoriamente, ainda que a população prisional apresentasse características raciais, étnicas e culturais marcadamente afro-brasileiras (pela predisposição da sociedade e do sistema penal em criminalizá-los mais facilmente), aqueles que aderiam às religiões de matriz africana sofriam mais efeitos discriminatórios nesses contextos. Santos (2012, p. 216) ressaltou que esses se colocaram como segmentos mais estigmatizados na sociedade brasileira, especialmente com o crescimento das igrejas neopentecostais (confissões mais frequentes entre os grupos de assistência religiosa em prisões).

conversão, comparecendo em algumas narrativas os aspectos inerentes aos direitos e aos deveres (LIVRAMENTO, 2012, p. 96). Quando envolvidos nessas atividades, muitos custodiados passaram a ser reconhecidos como partícipes de grupos que se diferenciavam em relação aos demais nas unidades, levando-os a aliviar sofrimentos, a repensar experiências delitivas, ainda que parte deles aproveitassem tais oportunidades para se resguardar dos riscos e das ameaças internas, buscando compensações simbólicas ou apresentando simulacros. Assim, o trabalho religioso foi percebido como recurso de “transformação do universo prisional [...] não apenas pela mudança promovida nos internos, por meio da evangelização (sem aparente cunho proselitista), mas principalmente pela melhoria das condições de vida e dos relacionamentos dentro da instituição”, asseverou Livramento (2012, p. 97).

Outro efeito decorrente da participação de custodiados em grupos religiosos durante a prisão, foi a ampliação de chances de acolhimentos, quando egressos, pelas comunidades que congregavam em torno dessas igrejas, ampliando suas perspectivas de inclusão sociofamiliar, encorajamento para busca de oportunidades de trabalho e redução de estigmas.

Entretanto, as inclusões nos aparatos penais cresceram exponencialmente ao longo do tempo. Ao final de 2000, a população custodiada nos diversos estabelecimentos prisionais era de 232.755 pessoas; em 2007 essa população era de 422.590, numa proporção de 5,3% acima do registrado no ano anterior; e, em 2014, os sistemas estaduais somavam 622.202 pessoas privadas de liberdade, o que representava um crescimento de 7% em relação ao ano de 2013.

Verificou-se o aumento da população custodiada, com destaque para os períodos 2002-2003 (aumento de 28% entre esses exercícios) e 2005-2006 (um crescimento de 11% entre os dois exercícios), quando ocorreram disrupturas no curso de crescimento populacional em prisões, em parte explicadas pelas normas remanescentes sobre a prevenção, o combate e o tratamento face ao uso, produção e tráfico de substâncias psicotrópicas ilícitas<sup>22</sup> – a Lei nº 10.409, de 11/01/2002, a Lei Antidrogas, substituída pela Lei nº 11.343, de 23/08/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) -; com essas normas, contraditoriamente, foram crescentes os indiciamentos e aprisionamentos de usuários, comumente tipificados como traficantes. Em especial, o Sisnad buscou orientar aos entes federativos na articulação entre as diversas políticas setoriais, mas também serviu como aporte aos movimentos de combate às drogas por instrumentos da justiça criminal. Pretendendo

---

<sup>22</sup> As substâncias de controle especial, entre as quais os psicotrópicos, imunossuppressores, anabolizantes, precursores e aqueles considerados proscritos no país, foram especificadas pela Portaria MS/SVS n.º 344, de 12/05/1998, norma esta que aprovou o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, atualizada periodicamente por resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

diferenciar o usuário do traficante, essa norma considerou a utilização de critérios também subjetivos para sua determinação (§ 2º, art. 28):

[...] se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

Essas decisões, então, dependeriam sobremaneira de inferências, circunstâncias e opiniões dos operadores da justiça criminal<sup>23</sup>.

Durante o período de 2013-2015, optamos por utilizar os dados do CNJ (por serem mais representativos), compará-los aos correspondentes ao INFOPEN, compor um banco de dados mais consistente e aplica-los em nossos estudos pertinentes ao doutorado, à implementação do ObservaSMJC (UFF, 2015) e às atividades de consultoria. Assim, retratamos melhor as condições preocupantes dos sistemas de custódia, bem como as divergências de informações constantes nas duas bases oficiais (FIGUEIREDO e MACHADO, 2015, p. 17):

O universo que contém a população privada de liberdade se configurou num sistema amplo e complexo. Segundo o Conselho Nacional de Justiça, os estabelecimentos prisionais, no país, mantêm sob custódia mais de 553.000 pessoas, sendo 42% delas ainda sem condenação definitiva, além dos 4.500 pacientes judiciários (sendo 85% em Alas Psiquiátricas ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e 15% em unidades prisionais comuns. Em tais sistemas prisionais, atuam, cotidianamente, 105.000 profissionais, sendo estes compostos por agentes de segurança (aproximadamente 85%), profissionais das equipes de saúde, educação, trabalho, serviço social, além de apoio administrativo e gestores (CNJ, 2013). A estrutura do sistema carcerário registrou cerca de 2.720 unidades prisionais no país, entre Penitenciárias, Cadeias, Delegacias, Casas de Albergado, Colônias Agrícolas, centros de remanejamento e detenção provisória, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Tais estabelecimentos localizam-se em mais de 1880 municípios, notadamente em sedes de Comarcas e em regiões denominadas “carcerárias”, que concentram complexos penais (CNJ/2013).

O que se observou foi o aumento dessa densidade e complexidade, tais como a população custodiada, o deficit de vagas e o número de unidades de custódia consideradas ativas registradas pelo CNJ, como veremos mais adiante. O aumento médio anual população em prisões, entre 2000 e 2014, foi estimado pelo DEPEN em 7,5% (MJ, 2015, p. 15). Ao ajustarmos as bases do MJ e do CNJ (MJ, 2016b), verificamos que o crescimento médio, entre dez/2000 e jun/2016, foi de 6,6%.

O MJ (2016b, p. 23) considerou que a população que se movimentou pelas unidades prisionais do país foi bem superior ao número de 622.202, demonstrado em 2014. Em seu

<sup>23</sup> Em etapa posterior deste estudo, vemos que há tendência à criminalização mais frequente de pessoas com alguns marcadores de desvantagens sociais.

relatório, o órgão federal deslocou o seu “olhar sobre a movimentação de pessoas no sistema prisional, à [sic] partir de dados agregados sobre o número de entradas e saídas em determinado período” com base nos registros produzidos pelas autoridades prisionais estaduais no INFOPEN. Considerando que em dezembro de 2013 havia 581.507 custodiados e que, entre julho/2014 e dezembro/2014 foram inseridas 279.912 pessoas e desligadas outras 199.100, nos sistemas estaduais e federal pessoas, “é possível afirmarmos [sic] que pelo menos 1 milhão de pessoas passaram pelo sistema prisional brasileiro ao longo do ano de 2014”.

Entretanto, não se observou uma mensuração clara da população que dinamicamente inseriu-se e desligou-se dos sistemas de custódia no Brasil. O próprio MJ ressaltou que a sua estimativa baseou-se em amostras da população movimentada, representando 49,7% da população total, em jun/2014, e 81,5%, em dez/2014 (MJ, 2015, p. 23).

Os tipos penais predominantes, de acordo com o MJ (2015, p. 32-34), foram associados a crimes contra o patrimônio (46%) e às drogas ilícitas (28%). Observou-se que cerca de 135.000 custodiados foram presos por crimes patrimoniais sem violência (20%), tais como o roubo e o furto simples. Isto é, eram pessoas custodiadas em razão de crimes considerados insignificantes do ponto de vista da materialidade penal, levando-nos a indagar se elas deveriam ser encarceradas, se não seria o caso de buscar converter grande parte das penas privativas de liberdade em penas restritivas de direitos, como forma cautelar.

Os dados adaptados das bases do CNJ (2016a) e MJ (2014b), em referência ao período de maio/2016, indicaram que as unidades de custódia eram numerosas, somando 2.835, localizadas em 2.132 municípios, mantendo custodiadas 660.024 pessoas (MJ, 2016b), sendo 94% do gênero masculino e 6%, do feminino<sup>24</sup>. Nesse período, foram registradas 534 gestantes e 316 nutrízes, sendo este, minimamente, o número de crianças nas unidades de custódia (o número de crianças que ultrapassaram a fase da amamentação não foi registrado). No Anexo G, deste documento, tem-se o quantitativo de unidades de custódia registradas e a população custodiada, em abril/2016.

As unidades mais numerosas eram aquelas que, comumente, abrigavam populações menores, sendo elas Cadeias/CDP (1.625) e as Delegacias (467); as Penitenciárias, em um total de 600 unidades, comumente mais adensadas, eram responsáveis pela custódia da maior proporção. Sendo assim, coube incluir as unidades da Segurança Pública – Polícias Cíveis – nesse contexto de discussão, por serem responsáveis pela gestão das Delegacias, ainda que a

---

<sup>24</sup> Proporcionalmente foram encarceradas mais mulheres (por crimes associados à Lei de drogas) do que homens; consiste, predominantemente, de população empobrecida que atua em carreiras desviantes como forma de compensação diante do desemprego e em substituição aos companheiros, maridos, pais, filhos, que se encontravam encarcerados, em atividades pertinentes ao tráfico.

estas não sejam atribuídas funções para custódia permanente. Observou-se que a população custodiada se concentrava em cadeias públicas ou centros provisórios, 31,7%, e em penitenciárias, numa proporção de 62,3%. Foram registradas 34 unidades da APAC, classificadas como Cadeia Pública ou CDP, totalizando 2.324 pessoas sob custódia.

Foi crescente o deficit de vagas nos sistemas estaduais, o que pareceu ser um insolúvel problema. Segundo o MJ (2015) em 2010, havia 496.251 pessoas custodiadas, em locais que somavam apenas 281.520 vagas, sendo 164.683 custodiados não condenados (33% do total); em 2014, por sua vez, a população chegava a 622.202, em 371.884 vagas, sendo 249.668 provisórios (40% do total). As análises das duas fontes oficiais INFOPEN (MJ, 2016a) e CNIEP (CNJ, 2016) indicaram que o número de pessoas em condição de prisão temporária e preventiva era ainda considerado alto, em 2016, representando 38,1% da população custodiada total<sup>25</sup>. Destacaram-se os seguintes estados com proporções de custodiados provisoriamente mais altas: BA, com 63,3%; AM, com 63,1%; PI, com 60,8%; MT, com 53,8%.

Do total de custodiados, 3.618 pessoas cumpriam medidas de segurança, sendo 2.677 (74%) em HCTP e ATP, e 941 (26%) em outras unidades. Ainda, havia 1.009 pessoas em HCTP e ATP sem medida determinada - provisórios ou condenados aguardando laudo pericial; ou condenados a pena de prisão em tratamento – (MJ, 2016b).

Essa mesma fonte indicou que a população custodiada era, em sua maioria: composta por pessoas negras ou ascendência negra, representando 61,7% do total; predominantemente jovem, com idades entre 18 e 29 anos (55,1%); e com baixa escolaridade, sendo 9,7% analfabetos ou semi-alfabetizados, 49,6% com ensino fundamental incompleto (abaixo de 4 anos), e 14,8% com o fundamental completo, sendo que somente 9,5% tinham ensino médio completo e 0,5% com ensino superior completo.

Em relação às condições gerais das prisões verificadas no CNIEP (CNJ, 2016a), demonstradas no Anexo G deste documento, observou-se que, do total de 2.835 unidades, 2.752 foram avaliadas por juízes da execução em suas inspeções. Destas unidades, 38% foram classificadas como ruins ou péssimas, mantendo 238.079 pessoas (36%), além de 1.407 em condições regulares, com 301.050 pessoas (45,6%). As 2.493 unidades em condições regulares, ruins e péssimas abrigavam 539.129 pessoas (81,7%), indicando inadequações em relação à

<sup>25</sup> A Lei nº 7.960, de 21/12/1989, que dispôs sobre prisão temporária, preconizou que, em função da necessidade de se coletar provas e assegurar as investigações de inquérito policial (podendo ser substituída por prisão preventiva, posteriormente), a pessoa custodiada poderia permanecer em privação de liberdade por cinco dias, renováveis por até cinco dias (art. 2º); o Código de Processo Penal, estabeleceu que a prisão preventiva caberia pela “necessidade para aplicação da lei penal, para a investigação ou a instrução criminal e, nos casos expressamente previstos, para evitar a prática de infrações penais” e “adequação da medida à gravidade do crime, circunstâncias do fato e condições pessoais do indiciado ou acusado da medida à gravidade do crime, circunstâncias do fato e condições pessoais do indiciado ou acusado”, podendo ser substituída por outra medida de caráter cautelar.

ambiência, indisponibilidade de serviços assistenciais, inadequações das unidades que abrigavam mulheres em relação às necessidades específicas desse público (de saúde, para autocuidado, privacidade, acolhimento a filhos, etc.), lacunas na organização da segurança prisional, escasso número de profissionais, deficit de vagas e de tecnologias, etc.

As unidades de custódia analisadas, de acordo com a base de dados adaptada (MJ, 2016b), localizavam-se em 2.132 municípios, com diversidade sócio territorial importante. Tem-se, no Anexo H deste estudo, o número de pessoas sob custódia, por unidades, municípios e respectivas faixas de população geral estimada para 2015 (IBGE, 2016).

Dentre as 660.024 pessoas privadas de liberdade, 182.519 (27,7%) se concentravam em 38 municípios mais populosos (acima de 500.000 habitantes), em 302 unidades, e 125.582 (19%) em 90 municípios com populações entre 200.000 e 500.000 habitantes, em 222 unidades. Em regiões com populações reduzidas (até 50.000 habitantes), observou-se que: 81.140 custodiados (12,3%) encontravam-se em 893 municípios com populações até 20.000 habitantes, em 936 unidades de custódia (33% do total do país); e 115.272 (17,5%), em 808 unidades (28,5% do total do país) localizadas em 720 municípios com faixa populacional compreendida entre 20.000 e 50.000 habitantes.

Notou-se que as unidades mais densas se concentravam em municípios cujas populações eram superiores a 200.000, com uma média de 588 pessoas custodiadas por unidade. Constatou-se, também, que os municípios menores apresentavam a menor proporção de pessoas privadas de liberdade, mas concentrando a maior parte de unidades de custódia, com uma média de 113 pessoas por estabelecimento.

Os aspectos associados a desenvolvimento humano também puderam ser destacados nos dados encontrados, considerando o IDHM, publicado pelo PNUD (2016b), que era fator auxiliar na compreensão das realidades socioterritoriais, adotado amplamente em estudos de políticas públicas. Composto por indicadores de longevidade, educação e renda, traduziu-se num conceito de desenvolvimento humano como expressão de “liberdades pessoais” na relação com as oportunidades disponíveis (PNUD *et al*, 2013, p. 23), consistindo em:

[...] dinâmicas sociais, econômicas, políticas e ambientais necessárias para garantir uma variedade de oportunidades para as pessoas, bem como o ambiente propício para cada um exercer na plenitude seu potencial. Assim, desenvolvimento humano deve ser centrado nas pessoas e na ampliação do seu bem-estar, entendido não como o acúmulo de riqueza e o aumento da renda, mas como a ampliação do escopo das escolhas e da capacidade e da liberdade de escolher. Nesta abordagem, a renda e a riqueza não são fins em si mesmas, mas meios para que as pessoas possam viver a vida que desejam.

No Anexo I, deste documento, são quantificados os municípios e respectiva população sob custódia, por faixa de IDHM<sup>26</sup> e UF. Observamos que 500.548 pessoas (75,8%) estavam custodiadas em 723 municípios cujos IDHM eram altos ou muito altos, e 10.292 (1,6%) em 541 municípios com IDHM baixos e muito baixos. A maior proporção de municípios apresentava IDHM médio, totalizando 868, com 149.184 pessoas custodiadas (22,6%).

Quanto às características epidemiológicas, destacaram-se agravos prevalentes identificados pelo SUS (MJ, 2015, p. 46). Os mais comuns, diretamente associados à superlotação, às inadequadas condições estruturais e sanitárias eram: Tuberculose (com taxa de 94,7 casos/10.000 custodiados), HIV/AIDS (126,8 /10.000 custodiados), Sífilis (com 51/10.000 custodiados) e Hepatites Virais (57,5/10.000 custodiados).

O estudo de Oliveira (2014, p. 12) evidenciou que a incidência da tuberculose se reduzia progressivamente no país (reduzida em 1,2% ao ano, alcançando a 36,1/100.000 habitantes), especialmente em função dos esforços do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), do MS, junto às direções estaduais do SUS e redes locais, apoiados na estratégia *Stop TB*, preconizada pela OMS<sup>27</sup>. Entretanto, asseverou que a população que se encontrava em prisões apresentava maiores riscos de contágio em função das “condições ambientais desfavoráveis com superlotação e celas mal ventiladas”, agravados pelos extensos períodos de institucionalização e intensa mobilidade de pessoas (OLIVEIRA, 2014, p. 13).

Também foi considerado o sofrimento psíquico como agravo comum, pelas condições precárias das unidades, pelas tensas relações com outros custodiados e oficiais dos serviços penais, em decorrência da escassa oferta de políticas sociais, dentre outros. Não havia um estudo em âmbito nacional, tampouco notificações sistemáticas pelo SUS a respeito do sofrimento psíquico em prisões. Mas, pesquisas realizadas em unidades prisionais de São Paulo (ANDREOLI *et al*, 2006, *apud* DAMAS e FERREIRA, 2013, p. 4), destacaram a prevalência desse tipo de agravo: 61,7% viveram ao menos uma ocorrência de transtorno mental ao longo da vida, com aproximadamente 25% com diagnósticos de transtorno mental no ano anterior ao estudo; e, “cerca de 11,2% dos detentos homens e 25,5% das mulheres apresentavam transtornos mentais graves”.

Damas e Ferreira (2013, p. 5-6) sintetizaram um estudo sobre saúde mental em prisões em alguns países, demonstrando: 40% com transtorno mental, 30% com transtorno da

---

<sup>26</sup>O PNUD agrupou o IDHM nas seguintes faixas: 0 a 0,499 - "Muito baixo"; 0,500 a 0,599 - "Baixo"; 0,600 a 0,699 - "Médio"; 0,700 a 0,799 - "Alto"; e 0,800 acima - "Muito alto".

<sup>27</sup> Ainda acima da taxa considerada aceitável pela OMS, cuja meta global foi estabelecida em 25,9/100.000 habitantes, para até 2015 (MS, 2012c, p. 1).

personalidade e 10% com psicose, na França (2001); e 45% dependentes de drogas, 31,3% com esquizofrenia, sendo a taxa global de transtorno mental em 43.7%, na Alemanha (1999).

Pudemos inferir que grande parte da população sob custódia acessava de modo restrito aos sistemas públicos dos territórios (pouco integrados aos serviços penais). Muitas destas unidades localizavam-se em municípios com bons indicadores de desenvolvimento humanos, e não necessariamente acessavam as políticas locais e seus mecanismos de proteção e promoção de mobilidades sociais. Pode-se entrever, com isso, que crescimento econômico e social de dada comunidade “não se traduz automaticamente em qualidade de vida” sendo que, frequentemente, observou-se o “reforço das desigualdades” (PNUD *et al*, 2013, p. 23) de modo mais negativamente impactantes nas vidas das populações privadas de liberdade.

Consideramos, assim, que esses fatores reforçaram a ideia de que os entes estatais, aos quais eram atribuídas as responsabilidades por assegurar condições que levassem ao apoio, ao tratamento e à reorientação das pessoas custodiadas, também contribuíram para ampliar os ciclos de violações, especialmente pelas condições inadequadas das prisões e a exclusão da sua população das agendas do sistema de garantias de direitos. Evidenciavam-se as fatídicas e crescentes nuances desses ciclos de violações, ao passo em que a população custodiada se ampliava. Essa “violência oficial”, segundo Machado e Noronha (2002, p. 189), foi retratada como algo característico da violência estrutural e marcada por alguma injunção “que se manifesta nas desigualdades sociorraciais”, associada também às extensas e contínuas práticas institucionalizadas e legitimadas que têm levado ao massivo encarceramento, sendo seletiva em relação às pessoas com algumas características de desvantagens sociais.

Uma “violência incontida”, interpessoal [e, por vezes, autodirigida], que também se reproduziu nos contextos das prisões, permeou “as relações entre os presos, entre estes e os agentes de controle institucional e entre os próprios agentes institucionais e o arbítrio punitivo incomensurável” (ADORNO, 1991, p. 70, *apud* CHRISTOFF, 2007, p. 41), sendo que:

[...] as instituições austeras e autoritárias, como as prisões, exigem dos atores um comportamento ambíguo e estratégico; acrescenta também que a característica institucional de intolerância a críticas mantém um clima de desconfiança e ausência de solidariedade entre tutores e tutelados. Tanto os presos quanto os agentes penitenciários e os especialistas, responsáveis por programas de ressocialização, vivem sob o domínio do medo e da incerteza. Nesse espaço social prevalece a lei do mais forte, que é aquele que detém o poder de negociação. A própria arquitetura prisional transforma cada ator em vigilante do outro, abrindo espaço para conflitos e disputas permanentes nas relações intersubjetivas, envolvendo não somente presos e agentes penitenciários, mas estes e as equipes técnicas, estas e os diretores dos estabelecimentos penais, estes e os diretores administrativos.

Em cena, facções que se opunham, recrutamento de jovens para grupos e organizações criminosas, disputas por territórios e poder. O exercício do poder se colocou como “estratégia particular de existência no cárcere” (CHRISTOFF, 2007, p. 42), convertendo a história de delinquência cada um dos que vivem ali “em um modo particular de viver”. A ausência de solidariedade nesses espaços, produtora de mais tensões, foi considerada por Lemgruber (1983, p. 79, *apud* CHRISTOFF, 2007, p. 42) como resultante “das condições próprias da vida cativa [...] estimulada pela administração para qual não interessa uma população coesa, pelas dificuldades que apresentaria em relação ao controle que se deseja exercer”.

Um dos fatores determinantes das relações de poder e dos vínculos nas prisões, e que contribuiu para gerar tensionamentos internos, foi a institucionalização da “cultura dos fortes” pelo “código de honra”, como observado por Paixão (1991, *apud* OLIVEIRA, 2013, p. 17). Esse autor afirmou serem aqueles “prisoneiros com maior vantagem física, carreira criminosa conhecida e autores de grandes crimes” os mais prestigiados e com posições ascendentes de liderança junto aos demais, inclusive provendo comodidades comumente negadas pela direção da unidade, além de “punir eventuais transgressões dos prisioneiros ao ‘código de honra’”, representando o “estabelecimento de uma autoridade extra-oficial nas prisões que compete com os agentes da lei o controle e o poder sobre a população de prisioneiros”.

Outra face dessa violência interna, que evidenciou a busca de afirmação entre os custodiados das unidades masculinas, residia no alijamento, na subjugação e na violação de um segmento particular da “casa-dos-homens”, no cenário de luta por poder na prisão masculina (WELZER-LANG, 2001, p. 465), especialmente àqueles “localizados ou designados como homossexuais (homens ditos afeminados, travestis...)”, os “que se recusam a lutar” e os que “estupraram as mulheres, dominadas, são tratados como mulheres, violentados sexualmente pelos ‘grandes homens’ que são os chefões do tráfico, roubados, violentados”.

A produção dessas massas carcerárias resultou, de certo modo, de uma trama histórica reprodutora de uma “violência estrutural” que, segundo Adorno (*apud* SANTOS, 2002, p. 19), decorreu de características da estrutura social e econômica latino-americana, desde os anos 1990, tais como “concentração da propriedade da terra, efeitos das políticas de ajuste estrutural, corrupção, concentração de renda, desigualdade social”, ausência do Estado provedor de serviços, violação de direitos fundamentais por parte de agentes públicos, etc.. A profusão de fatores geradores de conflitos e as “diferentes formas de violência presentes em cada um dos conjuntos relacionais que estruturam o social” tornaram a sociedade refratária à paz, sendo a “força, coerção e dano, em relação ao outro, enquanto um ato de excesso presente nas relações

de poder - tanto nas estratégias de dominação do poder soberano quanto nas redes de micropoder entre os grupos sociais” e reprodutoras de violência (SANTOS, 2002, p. 17-18).

Observamos uma seletividade na criminalização de determinados grupos da sociedade, como resultante das violências das instituições estatais e da sociedade e, ao mesmo tempo, reprodutora de violências. Reis (2001, p. 99) indicou-nos ter sido comum a criminalização preferencial de determinadas pessoas, associando comumente os atos delitivos a condições de pobreza, origem social, etnia, cor, dentre outras:

[...] é pertinente acreditar-se que a criminalização de determinada categoria social seja resultado de certos preconceitos afirmados, os quais uns se sobrepõem a outros ou se combinam de modo a promover diferenciações entre os que são “trabalhadores” e os que são “vadios” ou “marginais”. À condição de pobreza associam-se outras consideradas igualmente depreciativas tais como a origem, a cor, o desemprego ou o subemprego, a baixa escolaridade etc., tornando a pessoa pobre e negra (incluindo-se aí os mestiços de negros) em potencial suspeito [...]

Em sua análise, Freitas (2013, p. 12) também confirmava esse entendimento, considerando que a instituição-prisão “faz parte de uma lógica punitiva que não se reduz ou não se restringe ao estabelecimento em si e a sua funcionalidade, mas que está claramente direcionada para determinados estratos da sociedade”, como consequência histórica da “aliança” entre a criminologia, a Escola de Direito Penal Positivista, o modelo eugênico e o movimento higienista, que consideravam “a relação causal entre criminalidade a certos indivíduos ou grupos sociais. Ou seja, apenas determinada parcela da população acaba habitando os espaços da prisão”. Do mesmo modo, Adorno e Bordini (*apud* REIS, 2001, p. 98) enfatizaram que, no sistema de justiça, coexistiam e se reforçavam “mecanismos peculiares de produção da reincidência, elegendo a cor um de seus veículos estratégicos de controle e de diferenciação no interior da população carcerária”, com o fim de exercer seu poder “com altíssimo grau de arbitrariedade seletiva dirigida, naturalmente aos setores vulneráveis”.

### **3.1. Sobre os profissionais que atuavam em contextos de custódia**

Constatamos demanda importante entre os trabalhadores em serviços penais, também profundamente afetados pela natureza do seu ofício e pelas condições das unidades de custódia. Segundo o DEPEN (MJ, 2015), havia, ao final de 2014, 86.542 profissionais em atividades interativas, em operação da custódia ou prática do cuidado, representando um profissional para a média de 7,1 custodiados. Esse número foi identificado somente entre os 1.476 estabelecimentos registrados no INFOPEN. Ainda assim, representava uma amostra importante

e, seguramente, a maior parcela de trabalhadores em prisões, já que o sistema do MJ manteve os registros das unidades de custódia mais populosas. No Anexo K são demonstrados os números de trabalhadores que atuavam na atenção à população custodiada, sendo a maioria vinculada às administrações prisionais.

O trabalho em contextos penais foi considerado complexo e marcado por intercorrências, sendo a cultura do ofício prisional alicerçada em práticas inaceitáveis, segundo Foucault (1999, p. 127), como a coerção, a disciplina, a vigilância hierárquica, a aplicação da sanção normalizadora e de penalidades. De fato, pareceu ser muito difícil em cenários de crescente encarceramento, estruturas inadequadas limitados recursos, que os responsáveis pelos serviços penais dessem conta da singularização das suas abordagens, que pudessem realizar permanentemente a profilaxia dos conflitos, o cuidado e mantivessem as prisões harmonizadas.

Com a publicação de diretrizes para educação em serviços penais, o DEPEN enfatizou os fatores que implicavam em algum nível de “vulnerabilidade dos atores institucionais envolvidos” (MJ, 2005, p. 4), pelas condições de encarceramento e de exercício do trabalho. Nessa direção, observaram Barros *et al* (2011, p. 189) que as prisões impunham situações adversas, expondo os profissionais “ao acirramento do sofrimento psíquico, tais como relações hierárquicas rígidas, contato cotidiano com a violência, trabalho em espaços confinados, divisão em turnos e prejuízos à percepção de ressonância simbólica no trabalho”.

Os serviços penais foram considerados como socialmente centrais, marcados por mediações simbólicas. Entretanto, as práticas coercitivas no exercício das operações carcerárias, em grande parte dos sistemas de custódia, levaram a mais tensionamentos, produzindo efeitos reativos no conjunto de custodiados (violência, adoecimento e digressão). Em razão disso, essas práticas agravaram as condições psíquicas também entre os próprios trabalhadores em serviços penais, submetendo-os então aos mesmos efeitos degenerativos e da “violência incontida” percebida por Adorno (1991, p. 70, *apud* CHRISTOFF, 2007, p. 41).

Nos casos dos agentes prisionais, mais numerosos, cujas atribuições os colocavam “mais estreitamente em contato com os presos”, sendo os principais responsáveis pela ordem e pela disciplina, o último mediador e “elo na cadeia hierárquica que passa pelo diretor da unidade, pelo chefe de segurança e pelo chefe de disciplina” (REIS, 2012, p. 10). O ofício penal comumente apresentava carga estigmatizante, sendo “socialmente desvalorizada, concretizada nos baixos salários, na precariedade das condições de trabalho nas prisões, no despreparo profissional, etc.”, objeto de “duplo estigma” (REIS, 2012, p. 323), causado pelo “próprio ofício profissional, uma vez que a sua imagem está ligada ao seu vínculo de

pertencimento institucional, e [...] efeitos da prisionização em sua identidade social que reflete, em alguma medida, em seu modus operandi no espaço intra e extramuros”.

Em seu estudo, FGR (2007) destacou que o sofrimento psíquico, agravo mais recorrente entre os que trabalhavam em prisões, decorria de condições críticas e de rotinas complexas, impactando o equilíbrio interno e produzindo situações de violências e sofrimento. Esses tensionamentos levariam ao agravamento das condições físicas e mentais, ao acirramento das condutas violentas, à redução da capacidade funcional, ao uso sistemático de psicofármacos e a afastamentos ou desligamentos. Também comuns, as doenças infectocontagiosas constituíam-se como riscos à saúde de custodiados, familiares e comunidades, pois encontravam-se “em contato cotidiano e direto com os presos e expostos, como eles, aos riscos infecciosos, especialmente à tuberculose” (AMADO *et al*, 2008, p. 1.887-1.888).

Ainda sim, foram encontrados vários profissionais cujas concepções e práticas eram mais baseadas no reconhecimento do direito dos custodiados, no apoio às famílias e na solidariedade ativa, servindo como fatores de equilíbrio nas unidades. Esses profissionais, relativamente presentes nos sistemas de custódia, apoiavam-se, em suas vidas cotidianas, em grupos religiosos e comunitários de ajuda mútua (a perspectiva cristã era fortemente adotada) e em suas famílias, além de aprofundar-se em processos formativos contínuos. Junto aos familiares dos custodiados, equipes de saúde, educadores, monitores, voluntários e grupos religiosos, representavam as presenças alentadoras nos contextos prisionais.

Assim, sendo o serviço penal marcado por riscos e potencialmente gerador de sofrimento, em espaços onde “tanto os presos quanto os agentes penitenciários e os especialistas, responsáveis por programas de ressocialização, vivem sob o domínio do medo e da incerteza” (ADORNO, 1991, p. 70, *apud* CHRISTOFF, 2007, p. 41), os seus profissionais deveriam ser, também, destinatários de uma ampla e sistemática política de cuidados.

### **3.2. Sobre salvaguardas sociais e a política de saúde**

A Constituição Federal (CF), de 1988, dispôs sobre o ordenamento, as responsabilidades do Estado e da sociedade, sendo os direitos sociais fundamentais, inalienáveis, garantindo à população medidas de salvaguardas universais (seguridade social, educação e outras políticas sociais básicas), ainda que a pessoa estivesse privada de sua liberdade. Esses direitos, ou salvaguardas sociais, foram diversos, destacando-se (art. 6º):

“educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

As salvaguardas inerentes à seguridade social levaram à reestruturação das políticas públicas, com a garantia da equidade e da universalidade, organizadas e implementadas em corresponsabilidades assumidas pelas três esferas de governos, sendo estabelecidas bases o “Estado Democrático de Direito”. O governo central, como descreveu Souza (2005, p. 27), destacou-se como indutor e regulador de políticas, descentralizando recursos e responsabilidades, sendo os municípios reconhecidos em sua autonomia e como principais provedores de serviços básicos e universais. O sistema de garantia de direitos compôs de instituições públicas e sociais, resultante de um amplo arranjo político que, reconhecendo a “incompletude no âmbito das instituições para enfrentamento da complexidade das questões a serem enfrentadas”, possibilitou a construção sistêmica e o desenvolvimento de “ações integradas” e em articulações intersetoriais e interinstitucionais (BAPTISTA, 2012, p. 187-188)

A proposição de uma política nacional de saúde, em sistema único, veio de um intenso movimento para reforma sanitária no país. Especialmente, em 1979, foi debatida e apropriada uma proposta de “saúde democrática”, modelo de reformulação e construção de uma política pública de saúde no país, durante o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) por meio do documento intitulado “A questão democrática na área da saúde” (CEBES, 1979). O conceito de “saúde democrática” foi definido em quatro conjuntos de premissas: o reconhecimento do direito universal e inalienável, “do caráter socioeconômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis”, a admissibilidade da “responsabilidade parcial, porém, intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população”, além do reconhecimento do caráter social do exercício do direito à saúde mas também “da responsabilidade que cabe à coletividade e ao estado” pela garantia dessas condições.

Naquele período, foram lançadas as bases que inspiraram a definição do modelo do SUS (CEBES, 1979): universalização do acesso; a pesquisa básica e a formação de recursos humanos; atenção, prevenção e promoção de caráter individual e coletivo; “controle ambiental, o saneamento e a nutrição mínima à sobrevivência de uma população hígida”; estabelecimento de “mecanismos eficazes de financiamento [...] baseado numa maior participação proporcional do setor Saúde nos orçamentos federal, estaduais e municipais”; a organização do sistema “de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do

país em seus níveis federal, estadual e municipal”; a constituição de “unidades básicas, coincidentes ou não com os municípios, constituídas por aglomerações de população que eventualmente reuniriam mais de um município ou desdobrariam outros de maior densidade populacional”; a participação social “nos diferentes níveis e instâncias do sistema”; e definição de uma “estratégia específica de controle sobre a produção e distribuição de medicamentos, assim como de produção e/ou importação e consumo de equipamentos médicos”.

A 8ª Conferência de Saúde, em 1986, representou outra etapa importante, marcando o “momento em que as mudanças ganham contornos claros, ao ampliar o espectro de atores envolvidos e explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema”, impulsionando o movimento em direção à estruturação do sistema único, que viria conseqüentemente pela CF (CONASS, 2009, p. 16-17).

A saúde, como um direito de todos e dever do Estado, deveria ser garantida “por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 96, da CF). O SUS, parte da reforma social brasileira, apoiou-se especialmente nas Leis nº 8.080, de 19/09/1990, e nº 8.142, de 28/12/1990, as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), além do Decreto nº 7.508, de 28/09/2011 (que regulamentou a Lei nº 8.080/1990 e dispôs sobre os aspectos organizativos). Essas normas estabeleceram que as responsabilidades sanitárias ocorreriam por acordos intergestores, com descentralização político-administrativa, conjugação de recursos financeiros, compartilhamento de tecnologias e ações de cuidado, interdisciplinares e intersetoriais, garantindo capacidades “de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência”. O conceito de integralidade no SUS, definido pelo MS (2015a, p. 61), representou o reconhecimento das singularidades individuais, bem como na multiplicidade de possibilidades das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para “responder integralmente à diversidade das demandas”. Essa concepção observou a necessidade de se superar a leitura parcial e estratificada a respeito da pessoa e suas necessidades, pois esta resultaria em baixo acesso, escassa resolutividade e em iniquidades (MS, 2015a, 62).

### **3.2.1. Das estruturas de gestão e operação em redes**

Os aspectos tratados a seguir descrevem as RAS como parte do sistema de garantias de direitos, discutidos em estudos anteriores sobre a PNAISP (FIGUEIREDO, 2016a, 2016c).

As redes des saúde, das quais também participava a PNAISP, tiveram suas diretrizes definidas na Portaria MS/GM nº. 4.279, de 30/12/2010, e representaram conjuntos de “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, pela integração sistêmica, de modo contínuo, integral e assertivo. Sendo hierarquizada em níveis de complexidade – da atenção básica, média e alta complexidades – a saúde coletiva dispôs de diversos tipos de serviços e dispositivos, estruturados por especialidades, densidades tecnológicas, matrizes intersetoriais e características loco regionais.

Configurando-se em uma importante estrutura, como descrito em ESPMG (2009, p. 12-15), a RAS compôs-se de pontos de atenção à saúde em níveis básico, médio e alto, em complexidades diversas, bem como em sistemas de apoio, logísticos e de governança. Esta última, dedicada às formas de gestão institucional e de redes, foi tratada no Decreto nº 7.508/2011, devendo ocorrer por meio de instâncias intergestoras, por gestão solidária e compartilhamento de recursos financeiros, tecnologias, ações e serviços, de acordo com as necessidades das populações e possibilidades dos territórios, sendo elas: Comissão Intergestora Regional (CIR), organizada por regiões de saúde; Comissão Intergestora Bipartite (CIB), em cada região de saúde e na esfera estadual e no DF; e Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em âmbito nacional, envolvendo os representantes das direções municipais, estaduais e federal do SUS.

Esse Decreto também enfatizou o uso do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e dos Planos de Ação Regional (PAR), como ferramentas para a interpretação das demandas das unidades socioterritoriais (municípios, regiões de saúde e estados) e planejamento das ações e serviços das redes temáticas e por matrizes territoriais e temáticas. Ademais, a Política Nacional de Regulação do SUS, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 01/08/2008, representou um conjunto de ações facilitadoras que incidiram “sobre os prestadores (públicos ou privados) de modo a contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e na humanização destas ações” (MS, 2014b, p. 13).

O modelo de gestão e regulação adotado pelo SUS constituiu-se em dois arranjos, a saber: os grupos condutores das redes temáticas, que se colocaram como instâncias responsáveis por diagnósticos sobre os territórios e suas realidades socio sanitárias e definição de desenhos e prioridades das redes e suas prioridades, bem como pelo seu acompanhamento e

orientação para implementação; e a configuração de “uma estrutura federal de coordenação dos compromissos prioritários do governo que dialogue com os conceitos de redes de forma matricial, compartilhada e democrática”, por meio da Portaria MS/GM nº 1.473, de 24/06/2011<sup>28</sup>.

Assim, ao elucidar esse modo de governança pública, Gutierrez *et al* (2012, p. 644) afirmaram que ao Estado caberia exercer autoridade sobre os provedores de serviços público e privados, adotando processos de regulação que, objetivando “alcançar a eficiência e a equidade”, criassem relações entre “coordenação de atividades, a alocação de recursos e a administração de conflitos, além de utilizar diferentes técnicas, voltado para a busca de equilíbrio entre oferta, demanda e financiamento”. Desse modo, enfatizaram as autoras, pela ação regulatória, o Estado permitiria não só a racionalidade e a eficiência, mas asseguraria sobretudo a proteção aos cidadãos e às comunidades, salvaguardando direitos, evitando fraudes e melhorando a qualidade dos serviços de interesse público.

Os sistemas de apoio, por sua vez, deveriam constituir-se de ações e serviços que atendessem às demandas comuns a todos os pontos de atenção e complexidades, especialmente em diagnóstico, suporte terapêutico, assistência farmacêutica e gestão de informação (ESPMG, 2009, p. 14): o subsistema de apoio diagnóstico e terapêutico, correspondente aos serviços de diagnóstico por imagem, medicina nuclear, a eletrofisiologia, endoscopia, hemodinâmica e patologia clínica; a assistência farmacêutica, que trataria de produção, planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, definição e aplicação de protocolos em farmacologia e vigilância farmacológica; e a gestão da informação, compondo-se dos sistemas informatizados para a saúde, aplicáveis nacionalmente, regionalmente e localmente.

O último componente dessa estrutura operacional de redes seria o sistema logístico, contribuindo para a “organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde” (ESPMG, 2009, p. 14), contando com os cartões de identificação dos usuários (o cartão nacional do SUS), os sistemas de acesso à atenção à saúde por meio das estratégias da política de regulação, sistemas de prontuários e de transportes sanitários.

Como forma de organização socioterritorial para integração das redes, as regiões de saúde, tratadas no Decreto nº 7.508/2011 como aspectos estruturantes do SUS (art. 2º; arts. 4º

---

<sup>28</sup> Ressalta-se que o conceito e as práticas de regulação no SUS ganharam ênfase com a publicação das diretrizes do Pacto de Gestão, por meio da Portaria MS/GM nº 399, de 22/02/2006, que estabeleceu premissas e objetivos a serem pactuados pelos entes federativos num clareamento das responsabilidades sanitárias, atreladas à ampliação da autonomia das autoridades do SUS, em todos os recortes socioterritoriais, e fortalecendo as formas de gestão compartilhada e interfaces das redes. Os Termos de Compromisso de Gestão (TCG) aparecem como instrumentos pelos quais as autoridades sanitárias assumem os compromissos com as ações prioritárias e pactuam os resultados.

ao 7º), representaram recortes intraestaduais (podendo ser pactuadas regiões interestaduais), com a reunião de municípios limítrofes “a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Havia, no período de 2016, 438 regiões de saúde pactuadas no país (MS, 2016a). Sendo resultantes de acordos estabelecidos nas comissões intergestoras (CIT, CIR, CIB), esses arranjos deveriam conter, cada um, os seguintes eixos (art. 5º, do Decreto nº 7.508/2011): atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

Em seus estudos, Lima *et al* (2012, p. 2882) compreenderam a regionalização como “um processo técnico-político condicionado pela capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde”, algo que também ocorre “pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos, em diferentes espaços geográficos”. Segundo essas autoras, o processo articulado constituído pelos acordos de regionalização das ações e serviços de saúde deveriam considerar:

[...] o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, a coordenação, a regulação e o financiamento de uma rede de ações e de serviços de saúde no território; a incorporação de elementos de diferenciação e diversidade socioespacial na formulação e implementação de políticas de saúde; a integração de diversos campos da atenção à saúde e a articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e a redução das desigualdades regionais.

Levando-se em conta as diversidades dos municípios adstritos, em dada região de saúde, entendeu-se que esse arranjo regional possibilitaria o compartilhamento de tecnologias e de recursos, superando condições de iniquidades na atenção à saúde, melhorando as possibilidades da população para acesso a dispositivos de maior densidade tecnológica e especialidade que porventura não existam em seus municípios de domicílio. Alguns municípios e regiões contavam com redes mais consistentes e “marcadas pela alta concentração de recursos e tecnologias [...] em oposição à escassez de profissionais, tecnologias e capacidade de investimento somada à diversidade socioespacial de alguns territórios”, como constatam Lima *et al* (2012, p. 2890). Desse modo, a regionalização de ações e serviços se tornaria essencial, sendo que os municípios com maior capacidade de oferta, especialidade e densidade tecnológica, pactuariam com municípios que não dispusessem de recursos e possibilidades e atenderiam às suas populações.

Descritas por Feuerwerker (2011, p. 1), as redes de saúde se constituiriam pela conjugação de ações e serviços, em função das necessidades das pessoas, por encadeamento de oferta de cuidados, como arranjos nos territórios de vida dos beneficiários e dos profissionais, possibilitando articular iniciativas de diferentes tipos, viabilizando e regulando o seu acesso, mantendo vínculo e a continuidade da atenção de acordo com as diferentes situações clínicas e sociais. Adotando as realidades socio sanitárias dos territórios e as demandas dos beneficiários como definidoras das prioridades e das formas de organização e operacionalização dos serviços e das práticas de cuidados, compreendeu-se que a oferta da atenção de modo enredado deveria centrar-se na pessoa beneficiária, em suas necessidades e possibilidades.

E, resultantes desse encadeamento, foram concebidas as linhas de cuidado enquanto estratégias para a ação, caminhos para o alcance da atenção integral, proporcionando o cuidado desde o nível básico até o mais complexo, exigindo ainda a interação com os demais sistemas de garantia de direitos (MS, 2010b, p. 49).

Tornaram-se concepções de trabalho capazes de expressar fluxos de atenção e cuidado seguros e eficazes, de acordo com Pessoa *et al* (2011, p. 21), possibilitando o atendimento às demandas dos beneficiários, representando percursos destes nas redes, incluindo as diversas medidas de salvaguardas sociais consideradas necessárias, tais como aquelas inerentes aos serviços de saúde, de assistência e proteção sociais, dentre e outras. Essas linhas, continuaram os autores, não funcionariam somente por protocolos preestabelecidos, “mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso”, em todos os serviços e dispositivos do sistema de garantias de direitos, além dos diversos contextos e coletivos considerados essenciais em um esforço pelo cuidado.

A RAS contava com um referencial denominado Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), publicada pela Portaria MS/GM nº 841, de 02/05/2012, num quadro de referências que compreendeu “todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário, para atendimento da integralidade da assistência à saúde” (art. 1º), representando um conjunto abrangente de iniciativas constituintes das linhas de cuidado, organizados nos seguintes componentes (art 3º): ações e serviços da atenção básica (primária); ações e serviços da urgência e emergência; ações e serviços da atenção psicossocial; ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; ações e serviços da vigilância em saúde.

Nesse universo de redes e dispositivos constituiu-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada pela Portaria MS/GM nº 2.488, de 21/10/2011, que, orientada pelos

princípios “da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”, representou um conjunto de ações individuais e coletivas, abrangendo “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 práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas e “tecnologias de cuidado complexas e variadas”,

A atenção básica colocou-se como a porta de acesso às redes de saúde nos territórios, cujos serviços principais são: Estratégia Saúde da Família (ESF); Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - equipe interdisciplinar para interface com a saúde da família e a comunidade -; Programa Melhor em Casa (atenção domiciliar); equipes de saúde para pessoas privadas de liberdade (PNSSP e PNAISP); etc.

Destacamos o NASF como um importante serviço da atenção básica, destinado a promover interações essenciais junto às equipes da saúde da família e os dispositivos diversos da RAS e demais políticas sociais. Foi instituído por meio da Portaria MS/GM nº 154, de 24/01/2008, com o objetivo de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização”. Regulamentado pela Portaria MS/GM nº 2.488/2011, foi tipificado em três níveis: NASF 1, NASF 2 e NASF 3 (este último por meio da Portaria MS/GM nº 3.124, de 28/12/2012).

Segundo o MS (2016e), as equipes do NASF atuam de modo integrado aos demais serviços da atenção básica, primordialmente, podendo estabelecer relações com outros dispositivos da RAS e demais políticas setoriais “com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde”, possibilitando a realização de estudos e discussões acerca dos “casos clínicos”, tornando possível o atendimento interdisciplinar, “compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares”, permitindo, assim, “a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais”.

A cobertura da PNAB foi crescente, proporcionando à população geral um acesso potencial importante (MS, 2016b): ao final de 2013, quando se deu o processo de pactuação da PNAISP, a cobertura da atenção básica uma população significativa, garantindo o acesso potencial aos serviços da ESF, em 56,37%, e dos ACS, em 64,74%; já em março de 2016, o

país alcançou uma cobertura de 63,83%, de ESF e 66,54%, dos serviços de ACS. No Anexo L, tem-se o detalhamento desses dados, por UF.

Os estados mais expressivos na cobertura de serviços da atenção básica, segundo o MS, foram: Paraíba (PB), com 98,37% de ACS e 93,73% ESF; Tocantins (TO), com 99,77% ACS e 93,84% ESF; Piauí (PI), com 100% ACS e 98,99% ESF; Sergipe (SE), com 93,4% ACS e 85,56% ESF; e Acre (AC), com 97,16% ACS e 79,87% ESF. Por sua vez, as unidades federativas com coberturas mais escassas foram: DF, com 20,93% ACS e 30,87% ESF; São Paulo (SP), com 40% ACS e 40,42% ESF; Rio de Janeiro (RJ), com 51,41% ACS e 52,04% ESF; e Rio Grande do Sul (RS), com 51,88% ACS e 56,38% ESF. Notamos que as UF com baixo acesso potencial de acesso à atenção básica, mas com altos indicadores sociais, de acordo com o PNUD (2016), eram: DF, com IDHM 0,863 (muito alto, segundo a taxonomia do PNUD); SP, com IDHM 0,783; RJ, com IDHM 0,761; e RS, com IDHM 0,746.

A atenção básica foi reconhecida, então, como o elemento central para organização e comunicação da rede de atenção à saúde, dedicado à maior parte das necessidades da população, ofertando da atenção às demandas que exigiam tecnologias e especialidades menos complexas e com menor custo e, ao mesmo tempo, coordenando “os fluxos e os contrafluxos do sistema de serviços de saúde” relacionando-se a todos os dispositivos e níveis de atenção. Os níveis secundário e terciário representariam, então, a média e a alta complexidades.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a média complexidade no SUS foi definida como (CONASS, 2011, p. 12):

[...] ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

A alta complexidade foi definida como “conjunto de procedimentos que [...] envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde” (CONASS, 2011, p. 12).

Foram considerados pontos de atenção à saúde em média e alta complexidades: unidades e centros ambulatoriais especializados, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), centros de diagnóstico especializado, hospitais, dentre outros. No Anexo E, deste estudo, destaca-se a relação de grupos de serviços característicos desses níveis de atenção.

As formas de acesso a esses serviços mais especializados deveriam ocorrer pelas chamadas “portas de entrada” (Decreto no 7508/2011, art. 9º) - atenção básica, urgência e emergência, serviços da atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto -, ordenados de acordo com as avaliações de risco e gravidade (individual e coletivo), além do aspecto temporal (a cronologia da doença e sua evolução) e das especificidades relativas às pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (tais como, pessoas idosas e dependentes funcionalmente, pessoas com deficiência, com doenças crônicas, etc.).

Nesse conjunto, redes prioritárias temáticas se organizaram de acordo com o perfil socio-sanitário da população, o seu grau de vulnerabilidade, as suas necessidades e os fatos e determinantes epidemiológicos, segundo o MS (2015a, p. 10-11), sendo elas:

- a) Rede Cegonha, para atenção à gestante, parturiente e nutriz e à criança com idade até 24 meses, pela Portaria MS/GM nº 1.459, de 24/06/2011;
- b) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), pela Portaria MS/GM nº 1.600, de 07/07/2011;
- c) Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011;
- d) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), pela Portaria MS/GM nº 793, de 24/04/2012; e
- e) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC), pela Portaria MS/GM nº 483, de 01/04/2014.

### **3.2.2. Especificidades das redes de saúde e de proteção social como contextos prioritários na atenção psicossocial**

O trabalho consultivo que pudemos realizar junto ao DEPEN, permitiu-nos realizar análises sobre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente em regiões com unidades de custódia, e as principais diretrizes e dispositivos existentes e suas contribuições para atenção às pessoas com transtorno mental criminalizadas.

A RAPS, considerada uma das redes prioritárias pelo SUS, tendo como porta de entrada a atenção básica, adotou como dispositivos essenciais os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, dependendo da demanda, alcançou níveis mais complexos e especializados, enredados em unidades de urgência e emergência, unidades hospitalares, integrando-se aos demais serviços das redes dos territórios, além de articular-se regionalmente

a outras redes e serviços (por contratualizações entre gestores). Assim, a Portaria MS/GM nº 3.088/2011, no art. 5º, especificou os seus principais componentes:

- I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência;
- II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - reabilitação psicossocial.

O CAPS colocou-se como um dispositivo referencial para cuidados, regulador de acesso a outros serviços, prevenção e promoção, contribuindo para a redução das necessidades de internações hospitalares.

A primeira referência normativa a esse dispositivo foi a Portaria MS/GM nº 224, de 29/02/1992, que estabeleceu os critérios para estruturação dos Núcleos/Centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS). Sua contribuição para a concepção de um modelo complexo e substitutivo à lógica hospitalar e médico-cêntrica foi importante, levando os territórios à adoção de alternativas de cuidados intermediários que substituíam, de modo relevante, as internações comumente praticadas. Posteriormente, o CAPS teve sua organização definida pela Portaria MS/GM nº 336, de 19/02/2002, que estabeleceu critérios para sua estruturação e funcionamento<sup>29</sup>.

Como importantes estratégias de desinstitucionalização, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) foram instituídos por meio da Portaria MS/GM nº 106, de 11/02/2000. A Portaria MS/GM nº 3.090, de 23/12/2011 definiu a sua tipologia (I e II) e os respectivos

---

<sup>29</sup> A Portaria MS/GM nº 615, de 15/04/2013, tipificou-o: CAPS I, habilitados em municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, para municípios com populações entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III, para municípios com populações acima de 200.000 habitantes; CAPS ad, como serviços especializados para atenção a usuários de álcool e outras drogas psicotrópicas, em municípios com populações entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS ad III, para municípios com populações acima de 200.000 habitantes; CAPS ad III Regional, para regiões com municípios cujas populações somadas compreendem 200.000 a 300.000 habitantes; e CAPSi, enquanto serviço para atenção a crianças, adolescentes e jovens com idades até 25 anos, em municípios cujas populações superem a 200.000 habitantes.

subsídios financeiros por parte do FNS; estabeleceu, também, que esse serviço possibilitaria a moradia assistida e o cuidado, por equipe de acompanhantes terapêuticos e profissionais para atenção clínica e social, destinados às “pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia” que, em decorrência disso, tiveram sérios prejuízos em sua saúde mental e geral e em seus vínculos sociais, (art. 2º).

Ainda como parte do conjunto de estratégias de desinstitucionalização, o SUS criou o programa De Volta Para Casa, pela Lei nº 10.708, de 31/07/2003, que previa a concessão de um benefício pecuniário - o auxílio-reabilitação psicossocial - cujo objetivo foi apoiar processos de inclusão social, a conquista de vida autônoma junto à comunidade, no apoio para superação da privação financeira, sendo também beneficiárias as pessoas com transtorno mental com história de longa permanência (dois anos ou mais) em instituições psiquiátricas e asilares.

Nessa direção, foi instituído o Programa de Desinstitucionalização da RAPS, disposto na Portaria, nº 2.840/2014, referindo-se às pessoas que, tendo vivenciado longos períodos de internação, seriam destinatárias de “cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social”,. cujas equipes seriam compostas por profissionais de medicina (com formação em psiquiatria ou experiência em saúde mental), psicologia, serviço social, terapia ocupacional e enfermagem. De acordo com o art. 8º, os municípios elegíveis ao incentivo mensal da desinstitucionalização seriam:

- I - os Municípios que sejam sede de hospitais psiquiátricos, com pessoas com internação de longa permanência, que tenham sido indicados para descredenciamento do SUS pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria), ou por decisão do gestor local de saúde; e
- II - os Municípios que, por decisão do gestor local de saúde, objetivem desenvolver processos de desinstitucionalização devidamente pactuados com os Municípios que sejam sede de hospitais psiquiátricos com pessoas com internação de longa permanência.

Tendo em perspectiva esses principais serviços da RAPS, constatamos um crescimento importante em sua cobertura, nos últimos anos, como demonstrado nos quadros constantes nos Anexos Q e Y deste estudo. Vimos que o período compreendido entre 2011 e 2013 foi marcado pela intensificação dos debates e da ampliação dos compromissos políticos no âmbito do MS, o que levou à ampliação da agenda orçamentária e os esforços de criação de dispositivos de atenção psicossocial, especialmente o CAPS.

Assim, o cenário em março/2016, baseado nos registros de serviços habilitados pelo SUS, constantes no CNES, foi considerado significativo, observado a ampliação das de acesso

potencial, com uma média de 91% da população coberta<sup>30</sup>: foram identificadas como suficientes (taxa igual ou superior a 1,00), os estados de Alagoas (AL), Ceará (CE), Minas Gerais (MG), PB, PI, Roraima (RR), RS, Santa Catarina (SC), SE e TO. Já DF, Amapá (AP), Amazonas (AM) e Espírito Santo (ES) destacaram-se pela insuficiência de cobertura nesse campo. Diversos outros serviços característicos da atenção psicossocial, em março/2016, são demonstrados no Anexo Z, neste documento.

As unidades federativas que apresentaram maior disponibilidade – taxa de serviços por 100.000 habitantes - de algum dispositivo característico da atenção psicossocial, seja ele SRT ou NASF (este último que compunha a atenção básica, mas fortemente articulado à RAPS), leitos psiquiátricos, Unidades de Pronto Atendimento (PrA) e Unidades de Acolhimento (UA) para adultos usuários de crack e outras drogas, dentre outros, foram: AL (9,9); MG (9,8); PB (13,1); PI (10,9); RN (9,3); SC (11,2) e TO (11,6).

Exceto RN, os demais estados apresentaram as melhores taxas de cobertura de CAPS, o que confirmou a expansão obtida nos últimos anos, indicando, também, os esforços das coordenações nacional, estaduais e municipais de saúde mental na busca de habilitação desses dispositivos. No entanto, vimos que grande parte da população ainda vivia em municípios que não dispunham de CAPS, em função do pequeno porte ou da dificuldade para concepção de projetos para habilitação do serviço. No Anexo AA, são demonstrados os níveis de cobertura de CAPS por faixa de acesso à ESF.

Esses municípios sem CAPS representavam 77,6% do total no país, sendo que sua população representava 22% da população geral; ainda assim, nesses municípios, havia 13,6% da população (em relação à população brasileira) com cobertura ESF superior (acima de 95%), o que dava indicativos de que as portas de entrada e os serviços inerentes à atenção básica, agenciadores de acesso a serviços mais especializados de caráter regional, poderiam atuar com relativa resolutividade. A população residente em municípios sem CAPS e com taxas de cobertura críticas e insuficientes, representava 34% da população geral.

Contraditoriamente, constatou-se a ausência ou a escassez da cobertura de ESF (até 50%) em 1.005 municípios cujas taxas acesso potencial a CAPS foram consideradas razoáveis ou suficientes. Esse conjunto representava 18% do total de municípios brasileiros e sua população, 26% em relação à população geral.

<sup>30</sup> O método de cálculo utilizado para definir a taxa de cobertura de CAPS é o seguinte:  $(CAPS)/100.000 \text{ habitantes} = [(n^{\circ}CAPS \text{ I} \times 0,5) + (n^{\circ}CAPS \text{ II}) + (n^{\circ}CAPS \text{ III} \times 1,5) + (n^{\circ}CAPSi) + (n^{\circ}CAPSad)]$ . Esta taxa pode ser expressa de duas formas, como no exemplo a seguir: 0,70 CAPS/100.000 habitantes ou 70% da população coberta, considerando o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes. Os parâmetros de taxa de cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes são assim classificados: Suficiente – 1,00 acima; Razoável – 0,50 – 0,99; Insuficiente – 0,25 – 0,49; Crítica – 0,01 – 0,24; e Inexistente – 0,00.

Quanto à redução das internações psiquiátricas, havia alguns indicativos positivos: o MS (2014b, p.66), constatou que 21.435 leitos psiquiátricos foram extintos, entre 2002 e 2013. Naquele primeiro ano de referência (2002), foram registrados 51.393 leitos de psiquiatria; em 2013, já em franco processo de expansão da rede substitutiva, havia 29.958 leitos, isto é, 58,3% em relação ao marco temporal inicial. Algumas outras estratégias e planos da RAPS foram destacadas pela sua importância:

- a) Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, publicado pela Portaria MS/GM nº 816, de 30/04/2002;
- b) Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD), instituído por meio da Portaria MS/GM nº 1.190, de 04/06/2009;
- c) Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criado pelo Decreto nº 7.179, de 20/05/2010; e
- d) Serviço Hospitalar de Referência, normatizado pela Portaria MS/GM nº 148, de 31/01/2012.

As definições encontradas na Portaria MS/GM 3.088/2011 e na Portaria MS/GM nº 148/2012, consideravam indissociáveis o sofrimento psíquico e os agravos decorrentes do uso abusivo de drogas psicotrópicas. Havendo a tendência a se criminalizar mais facilmente os usuários dessas substâncias, especialmente as pessoas com as características de desvantagens sociais, tornou-se essencial evidenciar a relação entre o recurso às drogas psicotrópicas e o sofrimento psíquico.

Em Lima (2014, p. 102), compreendemos que, mesmo em um cenário de franca expansão da RAPS, “o impacto da reificação do objeto-droga” e a “patologização desse recurso” se tornaram características de uma “moral higienista” na concepção e na implementação das políticas públicas para álcool e outras drogas no país. Essa predominância da orientação higienista nas políticas públicas, em especial nos contextos da justiça criminal, “sustentam a abstinência da droga por assumir um valor patológico intrínseco, o isolamento social e a medicalização homogênea como direção única de tratamento para todos os casos” (LIMA, 2014, p. 115).

Essa autora indicou que, ao contrário do ponto de vista das políticas em questão, “a droga não é a causa da problemática do sujeito”, devendo ser consideradas, numa perspectiva clínica, ética e política, “as referências aos determinantes subjetivos, ligados a desestabilização

do funcionamento pulsional em jogo no recurso à droga”, sendo o desencadeamento do uso sistemático esclarecedor de “determinantes psíquicos para a indiferença ou ruptura com o laço social e o declínio do sentimento de vida que acometem o sujeito nessas situações” (LIMA, 2014, p. 105-106). Assim, esclareceu que o recurso à droga é algo secundário em relação à condição psíquica do sujeito, sendo que o transtorno mental não se instalaria necessariamente em razão disso, mas já estaria posta em sua estrutura clínica.

Certamente, como previu o SUS, a direção do tratamento deveria levar em conta os determinantes contextuais e sociais, atenuando crises, promovendo a redução de danos, propiciando também, de modo claro, tanto o diagnóstico estrutural do sujeito quanto a atenção continuada por processo analítico, sendo possível a sua realização por meio de projetos terapêuticos singulares.

A crise de abstinência vivida por usuários sistemáticos de álcool e/ou outras drogas evidenciaria que a pessoa buscaria de modo recorrente o seu consumo, como [acreditaria ser] algo determinante para a sobrevivência. Caberia à unidade hospitalar, quando necessário, realizar o tratamento para desintoxicação, algo que exigiria assistência especializada em função do risco de morte, além de, essencialmente, ofertar os cuidados clínicos e sociais, em caráter contínuo e integral, que pudessem auxiliar ao dependente químico a superar o sofrimento psíquico e a minimizar [ou cessar, na melhor das hipóteses] o hábito do consumo dessas substâncias, conquistando, assim, melhor condição de saúde e bem-estar.

#### a) Aspectos da política de assistência social

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi analisado como componente do sistema de garantia de direitos e do conjunto de políticas de cuidados e proteção às populações, especialmente aquelas vulnerabilizadas. Esse sistema público adquiriu grande importância por ter adotado dispositivos que participavam da cadeia de cuidados formada em torno das necessidades das pessoas em condição de risco e vulnerabilidade social, tendo as estratégias e os serviços de protetivos como seus mais relevantes aspectos.

Amplamente estruturada, a proteção social, segundo Sposati (2013, p. 653), caracterizava-se por salvaguardas substancialmente humanizadas, sendo que “as atenções que produz constituem respostas a necessidades de dependência, fragilidade, vitimização de demanda universal próprias da condição humana”. Os seus processos de trabalho eram basicamente interativos, operando com “escuta qualificada, construção de referências, acolhida,

convívio, relações familiares, relações sociais de âmbito coletivo com abrangência territorial” e buscando assegurar segurança e bem-estar pessoal e social (Sposati, 2013, p. 664).

A Lei nº 8.742, de 07/12/1993 - a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) -, estabeleceu as premissas e as diretrizes gerais do SUAS. No art. 2º, parágrafo único, a LOAS destacou que “a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais”, devendo ser garantidos o respeito à dignidade da pessoa, a universalidade e a equidade no acesso aos serviços assistenciais (art. 4º).

Assim, no contexto da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada por meio da Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 145, de 15/10/2004, observou-se a configuração de formas de gestão e operacionalização – descrita na Norma Operacional Básica (NOB-SUAS) consignada pela Resolução CNAS nº 33, de 12/12/2012 -, de modo descentralizado, hierarquizado e fundado na participação das comunidades, de trabalhadores e beneficiários, assemelhando-se ao SUS.

Os seus serviços socioassistenciais foram, então, tipificados por meio da Resolução CNAS nº 109, de 11/11/2009 (art. 1º) como: Serviços de Proteção Social Básica; Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade; e Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

O SUAS, assim, passou a adotar diversas iniciativas combinadas às demais políticas de salvaguardas sociais dos territórios, incluindo os benefícios assistenciais pecuniários, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>31</sup> e os programas de transferência de renda, especialmente o Programa Bolsa Família (PBF).

Como equipamentos multidisciplinares de referência, em recortes socioterritoriais, em razão de determinantes populacionais, demandas e condições críticas (incidência de crises e conflitos, empobrecimento e outros estados de sofrimento humano, violências, escassa mobilidade social, desassistência, etc.), foram constituídos os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), articulados aos diversos serviços sócio-assistenciais dos territórios.

---

<sup>31</sup> Benefício previsto na CF, que determinou a prestação da assistência social às pessoas que não eram capazes de prover seu próprio sustento ou de ter família em condições insuficientes para prove-lo, representando “a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (art. 203, V). A Lei nº 8.742, de 07/12/1993 instituiu esse benefício, sendo posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 6.214, de 26/09/2007. Foi estabelecido, então, que seriam elegíveis ao BPC as pessoas com deficiência e as pessoas idosas com 65 anos de idade ou mais, cujas rendas familiares mensais per capita fossem inferiores a ¼ do salário mínimo.

O SUAS atribuiu ao CRAS o papel de organizador e coordenador dos serviços assistenciais no território e colocou os beneficiários como elementos centrais dos planos de concertações em redes, reconhecendo as famílias como os componentes primordiais nos processos de cuidados auxiliando-os, assim, na construção de percursos possíveis para atendimento às demandas emergentes. Esses serviços passaram a ser ofertados, sobretudo, no CRAS de referência das áreas onde viviam as pessoas atendidas e contavam, como abordagem estruturante, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) que, segundo a Resolução CNAS 109/2009, consistia de uma modalidade de trabalho social contínuo, dedicado às famílias, cujo objetivo seria “fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida”.

De acordo com o MDS (2016), o país contava com 7.466 CRAS e 2.238 CREAS, em março/2016, cofinanciados pelo Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Esse número era substancial, sendo que os serviços de referência comunitária colocavam-se como os eixos estruturantes das redes locais de proteção social e de inclusão de pessoas em condição de vulnerabilidade e como sistemáticas abordagens para regulação de acessos e garantia do adequado atendimento às necessidades que emergiam nas comunidades.

Os serviços de Proteção Social Especial (PSE), de média complexidade, definidos pela Resolução CNAS 109/2009, foram caracterizados pela atenção a pessoas em condição de vulnerabilidade e riscos mais significativos, especialmente aquelas cujos direitos tenham sido violados, baseados no CREAS, em Serviços de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), em Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e em Centros-dia, possibilitando a sua integração à rede territorial.

Na alta complexidade, havia a Residência Inclusiva, serviço estruturado como moradia transitória e contando com a participação de equipes multidisciplinares, consignado especialmente na Resolução CNAS nº 6, de 13/03/2013, que aprovou a expansão qualificada dos Serviços de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em situação de dependência, e na Portaria Interministerial MS/MDS nº 3, de 21/09/2012, que regulamentou a parceria entre SUS e SUAS.

As residências inclusivas apresentaram-se como referências também para matriciamentos junto a outros serviços, além de servirem como retaguardas familiares, sendo destinadas às pessoas com deficiência (inclusive, psicossocial), com precárias condições

socioeconômicas, dependência funcional<sup>32</sup>, que viveram longos períodos de institucionalização. Os Serviços de Acolhimento Institucional e as Residências Inclusivas se tornaram, sobretudo, dispositivos vitais para garantir a proteção aos beneficiários e para adoção de medidas que promovessem a restauração de vínculos sociais, cuidados e inclusão em serviços diversos.

Os serviços de Proteção Social Básica, de Proteção Social Especial de Média e de Alta Complexidades foram, assim, constituídos de diversos serviços que, em congruência com os dispositivos das redes dos territórios, formaram modelos dinâmicos e importantes cadeias de cuidados. Observamos, nessa perspectiva, os encontros possíveis entre os serviços de referência nos territórios, levando a atenção básica, a RAPS e demais estratégias do SUS a convergências com o CRAS, o CREAS, e outros serviços do SUAS.

### **3.3. Sobre a atenção à saúde da população privada de liberdade**

Entre as premissas destacadas em trabalhos consultivos que pudemos empreender junto ao PNUD e ao DEPEN, encontramos a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, as *Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos* e as *Regras de Bangkok: Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras* e a *Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José)* como norteadoras.

A *Declaração Universal dos Direitos Humanos* estabeleceu questões relevantes para os países signatários em suas garantias e no cuidado com as suas populações, asseverando que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante” (art. V), que “todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei” (art. VI) e que “todos são iguais perante a lei e tem direito, sem distinção, a igual proteção da lei” (art. VII), dentre outras garantias. Ainda que criminalizadas “as pessoas mantêm-se titulares de direitos fundamentais, salvo aquelas restritivas por aplicação da sanção”, pois, “todos têm o direito à liberdade e à segurança” e que “ninguém estará sujeito à prisão ou detenção arbitrária [...] destituído da sua liberdade, exceto com base e de acordo com o procedimento estabelecido por lei”.

---

<sup>32</sup> A “dependência funcional” foi descrita como incapacidade, ou limitação, para manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma (GRATÃO *et al*, 2013, p. 138), necessitando de apoios para exercício das suas funcionalidades em atividades diversas, no autocuidado, em movimentos, interações com ambientes concretos e pessoas. Segundo esses autores, a prevalência da condição de dependência funcional poderia ser caracterizada pela incapacidade da pessoa em realizar atividades cotidianas, sejam elas básicas, “descritas por atividades de autocuidado, ou instrumentais [...] que envolvem ações de organização da rotina diária”.

Essas garantias figuravam nas *Regras Mínimas para Tratamento de Prisioneiros* (ONU, 1955), revistas posteriormente, em 2015, por meio da Comissão sobre Prevenção ao Crime e Justiça Criminal, aprovaram as novas *Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, ou Regras de Mandela* (ONU, 2015)<sup>33</sup>.

Diversas regras foram inovadas, ampliando a compreensão e as diretrizes firmadas: a Regra 24 avançou em relação ao documento de 1955, estabelecendo que a atenção à saúde seria resultante da integração aos serviços de saúde coletiva ofertados pelo Estado; a Regra 25 superou a visão médico-cêntrica, fazendo alusão às necessárias abordagens interdisciplinares e à relevância da oferta de serviços nos contextos prisionais, levando-se em conta as condições peculiares dos custodiados (como as condições de deficiência física, sensorial e psicossocial, dificuldades em reabilitação e doenças crônicas); e as regras 28 e 29, referiram-se especialmente à atenção à saúde materno-infantil e às necessidades específicas de cuidados com as mães e seus filhos, inclusive a premência do apoio sociofamiliar, inclusão em redes de cuidados, dentre outros.

Quanto às *Regras de Bangkok: Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras* (ONU, 2010), considerou-se que as regras adotadas em 1955 (ONU, 1955) “não projetavam, contudo, atenção suficiente às necessidades específicas das mulheres” e que, “com o aumento da população presa feminina ao redor do mundo, a necessidade de trazer mais clareza às considerações que devem ser aplicadas no tratamento de mulheres presas adquiriu importância e urgência” (ONU, 2010, p. 6).

Em especial, essas regras indicaram a necessidade de se assegurar condições sanitárias e de cuidados importantes, tais como a higiene pessoal e o autocuidado (regra 5), os serviços de atenção em saúde (regras 6 a 18), envolvendo: exame médico quando da inclusão na unidade de custódia; cuidados com a saúde específicos para mulheres; cuidados em saúde mental; prevenção do HIV/AIDS e tratamento; programas de tratamento em casos de uso de drogas psicotrópicas; prevenção ao suicídio e às violência autodirigida; e serviços de prevenção e promoção em saúde.

Quanto às gestantes, parturientes e nutrizes, as Regras de Bangkok buscaram assegurar que as prisões deveriam ofertar condições para o cuidado em saúde de mães e filhos, o acesso ao pré-natal, ao parto, o direito à amamentação, à convivência, à inclusão comunitária e escolar

---

<sup>33</sup> Destacamos que representantes da Organização Mundial da Saúde (OMS) participaram das atividades dos grupos de especialistas, agências e autoridades que se incumbiram de revisar e adequar os aspectos das regras mínimas para melhoria das condições de saúde de privados de liberdade.

da criança que ainda vivesse em contexto prisional e, inclusive, à separação gradual e menos sofrível possível quando da saída definitiva dos filhos (regras 48 a 52).

No Brasil, pela CF, essas prerrogativas foram previstas, no art. 5º, inciso XLVII, assegurando às pessoas custodiadas “o respeito à integridade física e moral”, endossando os direitos sociais como inalienáveis e garantindo a seguridade social, a educação e outras políticas sociais básicas como universais, ainda que o indivíduo estivesse privado de sua liberdade. Entendeu-se que as medidas para salvaguardas sociais, enquanto garantias constitucionais, encontrariam também ressonâncias e correspondências no sistema prisional.

Nesse sentido, havia a LEP, em perspectiva, que, no art. 1º, determinou que a execução penal objetivaria “efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” e, em seus artigos 10 e 11, estabeleceu que “a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”, dispondo, portanto, de mecanismos concretos e serviços penais para garantia de direitos e de condições para que a pessoa custodiada encontrasse alternativas para integração e inclusão social, notadamente em sua vida pós-prisional.

Especialmente, no art. 14, a LEP considerou a obrigatoriedade da oferta de atenção à saúde às pessoas custodiadas, com características preventivas e curativas, compreendendo “atendimento médico, farmacêutico e odontológico”. Nota-se que as áreas de conhecimentos em saúde previstas na LEP não contemplaram outras especialidades, tampouco considerou a abordagem intersetorial e a perspectiva da saúde coletiva. A centralidade da atenção à saúde residiu na assistência médica e na oferta realizada primordialmente no contexto prisional (§ 2º, do *caput*): “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”.

Além disso, a LEP dispôs que seria assegurado “acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido”, sem também ampliar, por algum dispositivo, as possíveis interfaces com o sistema de garantia de direitos (§ 3º, do *caput*). Assim, sendo a LEP bastante restritiva em seu texto em relação aos cuidados em saúde, os imprescindíveis diálogos com a saúde coletiva foram apontados por diversas normas complementares, diversas publicadas pelo CNPCP e SUS, e que trataram de interfaces entre as modalidades de assistências em prisões e a política pública de saúde.

Enfatizamos alguns dispositivos que auxiliaram bastante na busca de ampliação do conceito de “assistência à saúde” da norma penal, aproximando-o do SUS. Em especial, o CNPCP publicou as “regras mínimas para tratamento do presos no Brasil”, por meio da Resolução nº 14, de 11/11/1994, assegurando à população custodiada o respeito à “individualidade, integridade física e dignidade pessoal”, dentre outras garantias. Com a Resolução nº 5, de 19/07/1999, firmaram-se diretrizes básicas para a justiça criminal e sistemas prisionais, em especial sobre a melhoria das condições das unidades de custódia, a garantia da proximidade do custodiado à própria família, a humanização da pena e a oferta de assistência adequada, a realização de programas de prevenção e tratamento de DST/AIDS e dependência química.

Por seu turno, pela Resolução nº 07, de 14/04/2003, o CNPCP estabeleceu orientações específicas sobre a atenção à saúde da população privada de liberdade, colocando a política nacional de atenção básica como principal arranjo para cuidados em saúde das pessoas em prisões; posteriormente, essa norma foi revogada pela Resolução nº 4, de 18/07/2014, que aprovou as diretrizes básicas para cuidados em saúde da população custodiada, reafirmando a PNAB como eixo para salvaguardar esse direito.

A estruturação de serviços para atenção à saúde de pessoas sob custódia, no Brasil, comumente seguiam a trilha desenhada pela legislação penal, assumindo basicamente o disposto na LEP. Em função do crescimento do número de pessoas infectadas pelo HIV no país, e nas prisões a sua dimensão se tornava mais grave, diversos profissionais que atuavam em sistemas prisionais e redes de saúde em alguns estados (MG, SP, SC, PR, RS, RJ, dentre outros) se mobilizaram para organizar práticas preventivas e ampliar a capacidade diagnóstica junto ao público institucionalizado.

Em seu trabalho, Silveira (2015, p. 11) descreveu parte dessa história, colocando a epidemia do HIV e suas comorbidades como determinantes para provocar as discussões e arregimentar esforços em relação às pessoas custodiadas. A autora apontou para a publicação da Portaria Interministerial MJ/MS nº 400, de 20/10/1993, como algo relevante para “proceder a estudos e desenvolver ações de prevenção à AIDS e DST” em âmbito nacional, além destacar como iniciativas governamentais importantes (SILVEIRA, 2015, p. 18-19): a Resolução CNPCP nº 14/1994; a Portaria MS/GM nº 485, de 29/03/1995, que constituía “comitês de assessoramento para as respectivas áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids”, a Portaria Interministerial MS/MJ nº 2.035, de 08/11/2001, que instituiu a Comissão Intersetorial,

envolvendo equipes dos dois órgãos, para definição de plano nacional para a promoção e prevenção do HIV/AIDS em prisões. Em seguida, lembrou a autora, foi publicada a Portaria Interministerial MS/GM nº 628, de 02/04/2002, que propôs o primeiro plano nacional de saúde em prisões, sendo então revista e revogada pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003.

Somando-se a esse conjunto de dispositivos, diversos outros instrumentos publicados pelo CNPCP serviram como referencial para apoiar o acesso a serviços de saúde pela população custodiada, como:

- a) Resolução nº. 5, de 04/05/2004, sobre diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança;
- b) Resolução nº 11, de 07/12/2006, que recomendou ações para detecção de casos de Tuberculose em unidades penais, quando da realização da inclusão do custodiado;
- c) Resolução nº 4, de 30/07/2010, sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº10.216 de 06/04/2001;
- d) Resolução nº. 6, de 03/10/2011, que recomendou inspeções das instalações alimentares, sanitárias e dos equipamentos de prevenção e combate a incêndios dos estabelecimentos penais;
- e) Resolução nº. 9, de 18/11/2011, que estabeleceu diretrizes básicas para arquitetura penal, como módulos de serviços, vivência, assistencial, materno-infantil, pacientes judiciários, tratamento aos casos de álcool e drogas; dentre outras.

Essas normas afetaram substancialmente a produção de estratégias como o PNSSP e a PNAISP, sendo utilizadas recorrentemente pelos entes estatais na orientação às práticas locais e a aplicação das medidas de salvaguardas necessárias.

Assim, com a publicação do PNSSP, em 2003, o MS e o MJ orientaram a produção de estratégias e planos estaduais e locais, por meio de diálogos intersetoriais, apoio técnico-financeiro, promoção de pesquisas e disseminação de conhecimentos, o possibilitou a organização de equipes de saúde em algumas unidades de custódia do país, contemplando não apenas a questão do HIV/AIDS, mas diversas outras doenças e agravos, e estimulando ações para uma atenção mais ampla. Esperava-se que a atenção básica do SUS assumisse uma função colaborativa junto aos sistemas prisionais, tornando-se gradativamente um componente central. Entretanto, os reduzidos recursos financeiros desestimulavam adesões das direções do SUS, a constituição de equipes completas e a oferta do cuidado com suficiência.

### 3.4. Implementação e revisão do PNSSP

O PNSSP tornou-se uma iniciativa relevante, ainda que subfinanciado e timidamente implementado (garantindo somente 23% de acesso potencial). Suas experiências evidenciaram a importância da integração aos dispositivos da atenção básica e a necessidade de bases mais consistentes na criação de interfaces possíveis entre as redes locais e os dispositivos da justiça criminal.

Objetivando viabilizar o acesso da população custodiada ao SUS, MJ e MS aportaram limitados recursos financeiros do FNS e do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN)<sup>34</sup>, compondo o Piso da Atenção Básica Variável (PAB-V)<sup>35</sup>, e disponibilizaram de kits trimestrais de medicamentos às equipes habilitadas, além de subsídios para reforma, construção e aparelhamento de unidades de saúde em estabelecimentos penais.

Prevendo a composição de equipes mínimas para a garantia atenção aos beneficiários, a Portaria MJ/MS nº 1777/2003, previu um elenco de ações de acordo com a PNAB (à época, disposta na Portaria MS/GM nº 648, de 28/03/06). Como previsto no art. 5º da norma instituidora do PNSSP, nas unidades prisionais com mais de 100 custodiados, a equipe de saúde seria responsável pelo cuidado a uma população que não excedesse a 500 custodiados, obedecendo a uma jornada semanal mínima de 20 horas; em unidades prisionais com o número inferior a 101 pessoas, as ações e serviços de saúde poderiam ser realizadas por profissionais vinculados à direção local do SUS, à qual seria repassado o incentivo financeiro correspondente, devendo a sua equipe habilitada cumprir a carga horária mínima de 4 horas semanais. Essas equipes, de acordo com o art. 8º, seriam compostas, minimamente, por profissionais com as seguintes formações: medicina, enfermagem superior, auxiliar de enfermagem, odontologia, auxiliar de consultório dentário, psicologia e serviço social.

---

<sup>34</sup> O FUNPEN foi criado pela Lei Complementar nº 79, de 07/01/1994 e regulamentado pelo Decreto nº 1.093, de 03/03/1994. No art. 3º, da sua lei de criação, foram definidas as destinações, de forma genérica, do recursos disponíveis no Fundo, voltados para a implantação de novas unidades penais, melhoria da gestão, inovação de práticas, qualificação técnica do pessoal penitenciário e custeios. Recentemente, a Medida Provisória nº 755, de 19/12/2016, promoveu alterações à Lei Complementar no 79/1994. A Portaria MJ nº 1.414, de 26/12/2016, adequou alguns dispositivos, regulamentando a transferência obrigatória de recursos do FUNPEN independentemente de convênio ou contrato de repasse, permitindo o repasse regular e automática, de modo descentralizado, inclusive a municípios, apoiando a criação de fundos penitenciários municipais.

<sup>35</sup> Para uma unidade com número de presos igual ou inferior a 100, o valor do incentivo foi definido em R\$ 2.700,00 por mês, ou R\$ 32.400,00 por ano – equipes de saúde com carga horária mínima de 4 horas semanais. Já para uma unidade com número de presos superior a 100 e inferior a 500, o valor do incentivo era de R\$ 5.400,00 por mês, ou R\$ 64.800,00 por ano – equipes de saúde com carga horária mínima de 20 horas semanais.

No PNSSP ainda não se utilizava o atributo “serviço”, como na PNAISP, prevendo que as suas equipes operassem em contextos prisionais, sobretudo, mas com possibilidades de alocação em unidades de saúde do território, articulando-se às redes locais, participando de fluxos de referências e contra-referências para ações inerentes à atenção básica e para os atendimentos de média e alta complexidades (FIGUEIREDO e MACHADO, 2015, p. 29-31).

Algumas experiências de focalização na perspectiva da territorialidade (um dos princípios da PNPS)<sup>36</sup>, foram conduzidas durante a vigência do PNSSP, como municipalizações nos estados do Rio Grande do Sul (RS), Mato Grosso do Sul (MSul)<sup>37</sup>, Bahia (BA) e Rondônia (RO), com destaque da política gaúcha que, desde as primeiras habilitações (em 2008), optou por pactuar com as direções locais do SUS, configurando-se como uma das relevantes referências para proposição de uma política mais adequada.

Acreditamos, assim, que os estados que firmaram acordos locais e levaram as equipes de saúde dos territórios a atender às necessidades das pessoas encarceradas, passaram a diluir, de certo modo, os efeitos do saber-poder de algumas prisões, interferindo em seus processos de trabalho e auxiliando em suas ressignificações.

O PNSSP serviu como base para que fossem articuladas outras políticas e estratégias do SUS, que também se preocupavam em lidar com demandas da população custodiada.

As abordagens do PNCT participavam desse conjunto de iniciativas, integrando grupos de discussão e proposição, no âmbito do MS, que se preocupavam com as demandas nas prisões, e articulando-se localmente a coordenações estaduais e locais para atenção a pessoas privadas de liberdade, propiciando capacitação de profissionais do cuidado e auxiliando na implantação de centros de diagnóstico de tuberculose anexos às unidades de saúde<sup>38</sup>.

O trabalho de Oliveira (2014, p. 23-28), que avaliou a implementação das premissas e métodos orientados pelo PNCT em prisões (baseados, essencialmente, nas premissas da OMS, 2007), destacou a importância desse programa e dos esforços dos seus atores para orientar aos serviços de cuidados em saúde da população custodiada no diagnóstico precoce durante as

---

<sup>36</sup>Art. 4º, da Portaria MS/GM nº 2.446/2014, definiu a territorialidade como conceito que “diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime”.

<sup>37</sup> Para diferenciarmos da sigla MS, atribuída neste documento ao Ministério da Saúde.

<sup>38</sup> Com o apoio do Fundo Global de Luta contra a AIDS, Malária e Tuberculose, esse programa coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do MS, viabilizou a instalação de centros de diagnóstico em diversas unidades, destacando-se: Presídio Central, em Porto Alegre, RS; Centro de Observação e Triagem Professor Everardo Luna (Cotel), em Abreu e Lima, PE; Complexo Penitenciário de Pedrinhas, em São Luís, MA; Complexo Penitenciário de Gericinó, no Rio de Janeiro, RJ; HCTP de Manaus, AM; e Hospital Geral e Sanatório Penal Professor Otávio Lobo, Itaitinga, CE.

inclusões nas unidades, formação de retaguarda laboratorial suficiente, disseminação de informações para prevenção e apoio, procedimentos de isolamento das pessoas infectadas (na fase inicial de tratamento), acompanhamento persistente das pessoas em tratamento (com exames diagnósticos mensais), construção de plano de desligamento e seguimento do tratamento em redes (no caso dos custodiados em fase de liberação para o regime aberto, liberação condicional e definitiva).

Uma das importantes iniciativas conduzidas pelo MS, durante a implementação do PNSSP, em 2011, foi a concepção e a publicação do *Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões* (SANTOS *et al*, 2012), que se tornou referência para que as administrações prisionais e o DEPEN propiciassem a adequação de unidades de custódia existentes e a elaboração de projetos para construção de outras, observando soluções arquitetônicas e de engenharia viáveis que contribuiriam para a redução dos riscos de contágio e prevalência de tuberculose em seus contextos<sup>39</sup>. É importante destacar que, para a concepção desse Manual, a equipe da coordenação nacional do PNCT, do MS, participou ativamente com orientações técnicas, debates (durante as quatro oficinas promovidas com essa finalidade, em 2011) e produção de conteúdos.

Do mesmo modo, por iniciativas que antecederam à publicação da PNAISP, o MS, por intermédio da sua área de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais, da SVS, contribuiu para a capacitação de equipes que referenciavam as pessoas privadas de liberdade para a prevenção, o diagnóstico e o manejo clínico dos casos de pessoas já contaminadas por essas doenças e implementação de protocolos e diretrizes terapêuticas específicas, além de ter distribuído sistematicamente às redes e às equipes de saúde em prisões os *kits* para teste rápido de investigação da infecção por HIV. Dessa forma, a SVS vinha influenciando positivamente a construção de práticas de atenção à população das prisões e melhorando capacidades em redes de saúde para lidar com suas demandas emergentes.

Outra integração essencial foi a participação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), também articulado pelo MS junto aos estados e municípios, contribuindo para a disponibilidade e aplicação regular de vacinas contra Hepatite B, H1N1, tétano, difteria, dentre outras, pela inclusão da população custodiada e dos trabalhadores em serviços penais em calendários anuais nacionais. Também relevante foi a inclusão de indicador “população privada

---

<sup>39</sup> A sua concepção se deu por um financiamento do Fundo Global Tuberculose Brasil, sendo coordenado por pesquisadores da FIOCRUZ e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), apoiados pelo DEPEN, pelo MS e pelas referências técnicas dos diversos estados e DF.

de liberdade” no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), aplicação em rede de computadores para uso do PNI, além da “oferta de vacinação do calendário adulto para toda a população prisional, agentes penitenciários e inclusão dessa população em campanha nacional foram vacinados, em 2013, 57,67% da população prisional para Influenza” (MS, 2014a, p. 139).

Nessa direção, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) buscou interpretar as formas possíveis e adequadas para atuação de profissionais de psicologia em contextos prisionais, o que levou à publicação de dois documentos de referência: o livro intitulado *Atuação do psicólogo no sistema prisional* (CFP, 2010), que consubstanciou as reflexões e textos produzidos durante os seminários nacionais sobre práticas psicológicas em prisões realizadas em 2005 e 2008; e a cartilha denominada *Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro* (CFP e MJ, 2007), que tratou da sua abordagem de modo genérico, mas com forte implicação ética, incluindo-a como uma das mais relevantes áreas do conhecimento na interação com os demais profissionais e serviços dedicados, além da saúde, à educação, ao trabalho, ao apoio familiar, etc.

Esses trabalhos fizeram parte do contingente de referenciais que auxiliaram em reflexões, organização, formação e fortalecimento das práticas de cuidados em prisões durante a implementação do PNSSP.

Também considerado um avanço na garantia de direitos e na adoção de práticas de cuidados, também associado ao PNSSP, foi o surgimento de alas destinadas a lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT) em unidades prisionais de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraíba e Mato Grosso do Sul, que se estenderam posteriormente a outros estados. Essas alas representaram garantias à população LGBT custodiada, respeitando a sua identidade de gênero, preservando sua segurança contra abusos no interior da unidade, garantindo também espaços para cuidados em saúde e participação em diversas atividades inerentes ao plano de tratamento penal, como educação, trabalho, atividades culturais e religiosas. Com base nessas experiências e em esforços dos movimentos sociais, foi publicada a Resolução Conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNDP/LGBT) nº 1, de 15/05/2014, que estabeleceu parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil, reforçando essas diretrizes no âmbito da PNAISP.

Ao longo do tempo, a gestão nacional do PNSSP observou que eram recorrentes as dúvidas e as dificuldades acerca da utilização dos recursos do incentivo, repassados aos respectivos Fundos Estaduais de Saúde (FES).

Além dos processos avaliativos institucionalizados, no âmbito do MJ, uma iniciativa foi motivada por diversas indagações feitas pela Controladoria Geral da União (CGU), em 2008, em auditorias realizadas no DEPEN. Tais manifestações determinaram uma série de providências para que fossem prestadas informações referentes a convênios firmados em função do PNSSP, às regras utilizadas para qualificação das unidades federativas para recebimento do incentivo financeiro e à gestão da atenção à saúde nas unidades cujas equipes foram habilitadas. Naquelas manifestações decorrentes de auditorias realizadas, a CGU considerou impróprio o fato de terem sido repassados recursos aos fundos de saúde estaduais e municipais, contrariando a Lei Complementar nº 79/1994.

Protagonizados pelo DEPEN, foram realizados diversos ciclos de monitoramento e avaliação dos processos de gestão e operacionalização do PNSSP em unidades federativas qualificadas, por meio do Projeto PNUD BRA05/038 – *Modernização do Sistema Penitenciário Nacional* (PNUD, 2005), pelas ações rotineiras de monitoramento de execução de objetos pactuados. Pudemos nos dedicar ao estado de MG e ao DF, em especial, mas realizando levantamentos também sobre o cenário nacional (FIGUEIREDO, 2009)<sup>40</sup>.

Com esses trabalhos, evidenciaram-se diretrizes, planos e resultados da implementação do PNSSP entre 2004 e 2009, com a utilização de documentos técnicos – Planos Operativos Estaduais (POE)<sup>41</sup>, relatórios de gestão, notas técnicas -, bases de dados do INFOPEN e do DATASUS, dentre outros.

A partir dos estudos documentais, diversos encontros foram promovidos em contextos prisionais, onde havia equipes habilitadas, e em instituições públicas estaduais de direção do SUS. Foram gerados subsídios conceituais e metodológicos para o fortalecimento das ações de planejamento e monitoramento, enquanto processos estratégicos, para a construção de respostas (destinadas ao DEPEN, sobretudo), e recomendações para revisão e melhoria do PNSSP, em uma primeira fase, e sua conversão em uma estratégia nacional mais ampla, com melhor agenda orçamentária e melhor capacidade de regulação.

---

<sup>40</sup>A equipe base disponibilizada pelo PNUD, em 2009, contou com profissionais que também avaliaram o PNSSP nos estados de RO, MT, MSul, BA, PE, RJ.

<sup>41</sup> Previstos na Portaria Interministerial MS/GM nº 1.777/2003, art. 2º, deveriam ser formulados pelas direções estaduais do SUS e das Secretarias responsáveis pela administração prisional estadual, como requisito para adesão ao PNSSP, contendo os planos estratégicos e operativos, compromissos orçamentários, metas e formas de governança, para implementação no estado, DF e nos locais onde se instalariam as equipes de saúde da população custodiada.

As informações disponibilizadas até aquele momento contribuíam pouco para a elucidação das experiências locais e para as ações de monitoramento do PNSSP. Como pudemos constatar em nosso primeiro trabalho consultivo junto ao PNUD, durante o período analisado (2004-2009), alguns entes federativos não cumpriram as pactuações estabelecidas nos respectivos POE e na legislação vigente, tais como a prestação de contas regular por meio de relatórios anuais de gestão, detalhamento sobre os procedimentos executados, resultados e formas de utilização dos recursos alocados oriundos do FNS e FUNPEN, dentre outros.

A suspensão de repasses de recursos do FUNPEN aos entes qualificados ao PNSSP ocorreu com a publicação da Portaria DEPEN nº 29 de 29/01/2010, reduzindo os valores referentes às equipes tipo I (que referenciavam de 1 a 100 custodiados) e tipo II (de 101 a 500 custodiados), a R\$ 1.890,00 e R\$ 3.780,00, respectivamente (FIGUEIREDO e MACHADO, 2015, p. 30), sendo o subsídio composto unicamente pelos valores do FNS. Em seguida, o MS suspendeu o repasse dos seus recursos aos fundos dos entes federativos que apresentavam pendências em relação às prestações de contas, com a publicação da Portaria MS/GM nº 2.801, de 28/11/2011, condicionando a sua retomada ao envio dos relatórios de gestão e à reprogramação da utilização dos recursos financeiros acumulados.

Ao longo do tempo, foi possível atestar que a participação das direções municipais do SUS na construção e implementação de planos de atenção à saúde das pessoas que viviam em prisões era bastante limitado. Os processos avaliativos descritos em documentos resultantes de atividades de monitoramento por parte do DEPEN (em 2009) indicaram escassas estratégias de gerenciamento em âmbitos locais, e confirmaram não terem ocorrido, por parte de diversos gestores municipais, iniciativas em relação à regulação e à participação, tais como a constituição de comitês ou colegiados intersetoriais, bem como câmaras temáticas, em Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, relacionadas à saúde da pessoa privada de liberdade.

Considerando que somente 14,8% dos estados operavam “na lógica do SUS” (sendo que o restante mantinha os serviços predominantemente vinculados às administrações prisionais e no formato previsto pela LEP), em seu relatório de ações sobre 2013, a coordenação nacional do PNSSP fez alguns apontamentos a respeito das “diversas injunções identificadas” (MS, 2014a, p. 140):

- Equipes de saúde que são vinculadas à justiça e que não trabalham na lógica do SUS;
- Ausência de fluxo para Rede de Atenção à Saúde;
- Poucas evidências de alimentação dos sistemas de informação do SUS;

- Dificuldades dos gestores locais em contemplar as pessoas custodiadas em suas estratégias e Planos Municipais de Saúde;
- Ausência de articulação entre as ações das equipes de saúde prisional e as das equipes de atenção primária das unidades básicas de referência dos municípios; e
- Baixo investimento para manutenção das Equipes da Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário.

[...] Essa realidade faz com que haja poucas evidências de alimentação dos sistemas de informação do SUS, assim como ausência de fluxo para a Rede de Atenção à Saúde no território.

Um dos fatores que justificaram o esforço para revisão do PNSSP foi a limitada articulação com os serviços da atenção básica constituídos nos territórios, que escassamente referenciavam a população que vivia em prisões, afirmada pelo MS (2014a). As equipes habilitadas ao PNSSP pouco se integravam aos dispositivos do território, sendo que os sistemas prisionais contratavam e mantinham a maior parte das equipes de saúde ativas. Pelo que se verificou, durante a vigência do PNSSP, as pactuações entre os gestores para matriciamentos entre os sistemas de custódia e de saúde eram limitados.

Até o período em que foram realizadas as pactuações para publicação da norma interministerial referente à PNAISP, encontravam-se qualificados ao PNSSP 100% dos estados e o Distrito Federal, o que representava 271 equipes habilitadas e ativas (MS, 2013c), em 239 unidades prisionais, em 154 municípios.

Ao final do período de pactuação da PNAISP, constavam 54 municípios como destinatários de recursos do PNSSP, aderentes, então, aos esforços de focalização das ações e serviços de saúde das pessoas em situação de prisão, sendo localizados nas seguintes unidades federativas: Amazonas (AM), 4; BA, 9; Ceará (CE), 1; MSul, 13; Mato Grosso (MT), 1; Piauí (PI), 1; Rio Grande do Norte (RN), 1; RO, 7; RS, 13; Santa Catarina (SC), 1; São Paulo (SP), 1; e Tocantins (TO), 2. Os estados BA, MSul, RO, SP e RS destacavam-se pelo trabalho de pactuação e gestão compartilhada com municípios.

Assim, pudemos constatar que as equipes municipalizadas representavam 20% do total de habilitações do PNSSP, um indicativo sensivelmente superior ao publicado pelo MS, que era de 14,8%, em seu relatório de gestão (MS, 2014a, p. 140). De todo modo, ainda era algo insuficiente diante das demandas dos custodiados e das possibilidades das redes.

As equipes elegíveis ao PNSSP referenciavam unidades que totalizavam 202.175 custodiados. Entretanto, considerando-se os limites estabelecidos para as equipes (até 100 e até 500 custodiados, respectivamente), consignados no art. 8º, da Portaria Interministerial 1777/2003, o acesso potencial ao PNSSP era potencialmente menor, sendo garantido o acesso a

23% (127.000), do total de 551.829 pessoas sob custódia naquele período (CNJ, 2013), a custo estimado em R\$ 994.140,00 de incentivo/mês.

As UFs com melhor acesso potencial foram: Amapá (AP), com 42,2%, BA, 70,1%, DF, 52,7%, Msul, 52,2%, Paraíba (PB), 41,5%, e Tocantins (TO), 41,8%. Desde a publicação do PNSSP, em 2003, até o mês de dezembro/2013, os recursos financeiros repassados às unidades federativas qualificadas somaram R\$ 68.316.518,00, sendo R\$ 13.324.592,40 oriundos do FUNPEN (entre 2004 e 2010) e R\$ 54.991.925,00 do FNS (CGU, 2016).

Naquele período de revisão do PNSSP também foram identificadas inconsistências importantes em relação à constituição das equipes já habilitadas. Observou-se que algumas equipes foram cadastradas sem o profissional Auxiliar de Consultório Dentário, ou Técnico de Higiene Dental, e validadas pelo CNES, em discordância com a Portaria Interministerial nº 1.777/2003, em seu art. 8º.

Percebeu-se que, com a publicação da Portaria MS/GM nº 749, de 10/10/2006, referente à classificação de serviços no CNES, foi excluído o profissional Auxiliar de Consultório Dentário da equipe prevista para o PNSSP, sem a devida adequação do dispositivo específico que dispunha sobre a composição da equipe mínima, da Portaria Interministerial 1.777/2003. Isso levou à sobreposição de critérios, permitindo que equipes incompletas fossem consideradas elegíveis ao PNSSP.

Constatadas essas inconsistências, a coordenação da área técnica de saúde da pessoa privada de liberdade do MS propôs ao DAPES, por memorando, a sua regularização, com a eventual retificação e republicação da Portaria MS/GM nº 749, de 10/10/2006, adequando-a ao art. 8º da Portaria Interministerial nº 1.777/2003, ou a possível retificação na norma estruturante do PNSSP para que admitisse uma equipe sem o profissional Auxiliar de Consultório Dentário, ou Técnico de Higiene Dental.

### **3.5. A instituição da PNAISP e as mudanças de cenários**

Era clara a necessidade de aumento da agenda orçamentária do FNS, com o objetivo de garantir incentivos financeiros adequados à estruturação de unidades básicas de saúde e ao custeio dos serviços, e da indução ao matriciamento com diversos serviços das redes locais para que, de fato, a RAS pudesse contemplar a população que vivia em prisões, garantindo a ela uma cobertura satisfatória para além dos 23% alcançados com o PNSSP.

Com os estudos realizados pelas áreas técnicas responsáveis pela coordenação nacional do plano e pela equipe-base do PNUD, desvelaram-se inconsistências e aspectos positivos advindos com as experiências vividas com a implementação do PNSSP. Pesquisas foram financiadas e ciclos de diálogos com amplitude nacional e abordagens locais conduzidos pelo MS e pelo MJ que, a partir de 2010, puderam estabelecer algumas prioridades e dar início à criação de bases estratégicas para uma eventual Política de Saúde destinada à população em prisões e, contingencialmente, para solução dos problemas identificados por meio dos monitoramentos. Decidiram-se, em primeiro momento, pela aplicação de efeitos previstos em Lei e que induziriam à reprogramação dos recursos do incentivo do PNSSP e à revisão de planos operativos estaduais, como mencionado anteriormente.

Os processos de revisão do PNSSP e de construção e pactuação da nova proposta envolveram esforços, tempo e recursos consideráveis. As concertações feitas durante o período de 2009 a 2014 levaram ao desenho e à publicação da nova política e contaram com as participações de instituições do judiciário, do executivo, movimentos sociais e pesquisadores do campo, por meio de trabalhos avaliativos, debates locais e nacionais.

Essas iniciativas, normalmente coordenadas pelo MS, foram determinantes para a concepção da política de cuidados e de alternativas às formas predominantes de controle e autossuficiência dos sistemas de justiça na oferta das assistências. Estabeleceram-se canais de diálogos entre as áreas técnicas de gestão da saúde das pessoas em condição de privação de liberdade (no MJ e no MS), constituição de grupos técnicos dedicados à produção de estudos e pesquisas (normalmente por oficinas realizadas em Brasília e em alguns estados) e o financiamento de programas educacionais junto à rede de Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

Os esforços para proposição da PNAISP também encontraram respaldo em dois coletivos intersetoriais – o Grupo de Trabalho Interministerial para a elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersectorial de Acompanhamento e Assessoramento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional – legitimados pela Portaria Interministerial nº 1.679, de 12/08/2013, assinada por MJ, MS, Secretaria de Direitos Humanos (SDH), Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR).

As ponderações e os ajustes propostos pelo DAPES, por meio da sua área técnica de saúde da pessoa privada de liberdade, além do grupo técnico de atenção à saúde da CIT, permitiram a criação de contornos que tornaram viável a sua aprovação, ainda que algumas

características essenciais na proposta inicialmente concebida tenham sido suprimidas ou modificadas. Os efeitos produzidos pelos sistemáticos estudos e trabalhos interativos, se traduziram na aprovação da proposta para ampliação da agenda orçamentária e do espectro de estratégias e ações na oferta da atenção ao público mantido sob custódia no país<sup>42</sup>.

Resultado desse esforço, reconhecendo toda a população privada de liberdade como beneficiária (custodiada provisoriamente ou definitivamente), ocorreu a publicação da PNAISP, por meio da Portaria Interministerial MS/MJ nº 01/2014, cujo objetivo foi garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado, às ações e aos serviços do SUS, com a mobilização de recursos financeiros mais significativos, do FNS, bem como a alocação de estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais.

Confirmou-se, com isso, o aumento da agenda orçamentária do poder executivo, com o objetivo de garantir incentivos financeiros adequados à estruturação de unidades básicas de saúde e ao custeio dos serviços, com destaque para a criação de condições mais favoráveis (ambientais, salariais, instrumentais, estratégicas e operacionais) para que, de fato, as redes de atenção locais e regionais fortaleçam suas capacidades e a população custodiada seja visualizada pelo SUS, de modo universal e integral e resolutivo.

Considerando que o direito à saúde da população custodiada como fundamental, o MS e o MJ deram passos importantes em direção à melhoria da disponibilidade orçamentária e de capacidades de gestão e oferta de serviços, expressando-as na nova norma: promoção da cidadania e inclusão da população custodiada; gestão intersetorial e integrada; atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade diante das necessidades da população custodiada; controle e redução dos agravos mais frequentes; respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico-sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero.

Como objetivos específicos essa política buscou: promover o acesso e o cuidado integral das pessoas privadas de liberdade na RAS; garantir a autonomia dos profissionais de saúde para oferta do cuidado; qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; promover as interfaces entre as políticas sociais e de justiça criminal; fomentar e fortalecer a participação e o controle social.

Essas iniciativas operadas em redes, seriam implementadas por meio de serviços da atenção básica ofertada, com serviços de atenção básica do território ou da PNAISP, e demais ações e serviços de saúde previstas e pactuadas na RAS. Assim, os serviços de saúde, em

---

<sup>42</sup> A pactuação da PNAISP ocorreu durante a 7ª Reunião Ordinária da CIT, em 26/09/2013.

contextos das unidades prisionais ou em espaços comunitários seriam estruturados como pontos de atenção da rede de saúde. Com isso, essa política redimensionou as equipes e as estruturas dos serviços, ampliando os subsídios financeiros, adotando, mecanismos para reconhecimentos das realidades socio sanitárias e adoção de regras de compensação.

A Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014 referiu-se a normas publicadas pelo CNPCP e pelo SUS, ao tratar da estruturação das unidades de saúde em contextos prisionais. O CNPCP publicou a Resolução nº 9, de 18/11/2011, que estabeleceu diretrizes para arquitetura penal, incluindo a concepção de módulos de serviços, vivência, assistências, dentre outros. Essa norma foi considerada uma das bases para planejamento e implantação de unidades de saúde adequadas às necessidades da população custodiada, e destacou, especialmente, as formas de apresentação de projetos de engenharia e arquitetura de unidades penais e respectivos módulos e garantias de apoio técnico-financeiro por parte do DEPEN.

O módulo para assistência à saúde da unidade de custódia, compreendeu setores intermediários dos programas previstos para a unidade de custódia, com dimensionamento mínimo baseado na Resolução CNPCP nº 07, de 14/04/2003<sup>43</sup> e na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 50, de 21/02/2002.

A gestão da política em recortes estaduais foi adequada ao Decreto nº 7508/2011, especialmente na proposição de grupos condutores (a exemplo do que se faz em redes prioritárias) e em critérios de pactuação entre os gestores do SUS, sendo estimuladas as adesões dos governos municipais. Com a política publicada em 2014, foi enfatizado o papel do governo local, enquanto eixo estratégico e operativo preferencial, buscando assegurar a cooperação entre os gestores das políticas setoriais envolvidas, instituições sociais relacionadas à oferta do cuidado<sup>44</sup>.

Evidenciou-se a importância da atenção básica e das articulações entre os dispositivos locais, como principais caminhos para garantir o direito à saúde da população custodiada, sendo estas determinantes para redução não somente dos fatores patogênicos, das doenças e dos agravos à saúde em prisões, mas para reversão de quadros de violações de direitos nos territórios e de insuficiências de ofertas por parte das redes de saúde e das administrações prisionais.

---

<sup>43</sup>A Resolução CNPCP nº 4, de 18/07/2014, que aprovou as diretrizes básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, revogou a Resolução CNPCP nº 07, de 14/04/2003.

<sup>44</sup> A finalidade da direção local do SUS seria a promoção contínua do bem-estar das pessoas em seu território, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e outras atividades de apoio, além de avaliar e monitorar continuamente a execução da política em âmbito local e propiciar o desenvolvimento continuado das capacidades locais para a política.

Ademais, a partir da norma interministerial definidora dos aspectos gerais e estruturantes da PNAISP, indicou-se também a publicação de normas complementares, pelo MS, que trataram de especificidades não detalhadas suficientemente na norma básica nacional para: organização, operacionalização e financiamentos dos serviços; regras para cadastramento no CNES; garantia de repasses de recursos para a assistência farmacêutica; investimento em ambiências e tecnologias para as unidades de saúde de referência das equipes elegíveis; e a estratégia para atenção às pessoas com transtorno mental criminalizadas.

Para a assistência farmacêutica, propôs a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)<sup>45</sup>, ao contrário dos *kits* de medicamentos concedidos anteriormente por meio do PNSSP.

Ainda que a PNAB fosse prerrogativa do governo local, a PNAISP previu que estados exercessem o papel operativo dos serviços da atenção básica, por meio das direções sanitárias estaduais, dadas as peculiaridades da execução penal. Além disso, essa nova política estimulou a participação de governos municipais que, subsidiariamente, poderiam constituir e habilitar serviços para a atenção à população custodiada, ainda que a unidade de custódia referenciada tivesse uma população a ser referenciada superior a 100 pessoas.

A orientação dessa política, cabe lembrar, foi no sentido de apoiar aos estados, DF e municípios na adoção de planos de ações articuladas entre os sistemas de saúde e de justiça, fundamentalmente, mas com possibilidades de integração às diversas outras abordagens no sistema de direitos em seus recortes locais, regionais e com amplitude estadual.

### **3.5.1. Considerações sobre a organização e as responsabilidades institucionais**

As responsabilidades assumidas pelo MJ e pelo MS foram especificadas no art. 15, da Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014, com o compromisso de: realizar o planejamento estratégico da PNAISP, incorporando-a aos respectivos planejamentos setoriais e Planos Plurianuais de Ação de Governo (PPA), garantir apoio técnico e financeiro aos entes habilitados (com recursos de custeio e capital), apoiar tecnicamente a constituição e operacionalização dos serviços e das equipes locais, propiciar a melhoria permanente de capacidades de gestão e operacionalização por estratégias educacionais, promover ações de gestão da informação e

---

<sup>45</sup>A Portaria MS/GM nº 533, de 28/03/2012, estabeleceu o elenco de medicamentos e insumos da RENAME, agrupando os medicamentos por complexidade e tecnologia da assistência, do seguinte modo (art. 1º): I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; IV - Relação Nacional de Insumos; e V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. Já a Portaria MS/GM nº 01, de 02/01/2015, dispôs sobre a sua atualização.

comunicação, adotar práticas de regulação, avaliação e monitoramento em âmbitos nacional, estaduais e locais.

Esses pressupostos inerentes à PNAISP também serviram como orientadores para que os entes estaduais atuassem mais claramente em seus atributos regulatórios e suas iniciativas para fortalecer as capacidades locais, para que adotassem estratégias e políticas específicas e convergentes, para constituição de coletivos gestores municipais e Comitês Gestores estaduais (denominados Grupos Condutores).

Essas diretrizes de caráter estratégico se apresentaram, então, com o intuito de fomentar e consolidar as articulações entre as direções do SUS, as administrações prisionais estaduais e as unidades onde viviam os custodiados, para que as convergências político-institucionais se estendessem, se aprofundassem e se tornassem operativas nos territórios e em suas redes de cuidados e inclusão social.

Reconhecendo ser o governo local a base de uma adequada política de cuidados destinada à população em prisões, considerou-se a importância da construção baseada em premissas e conceitos tais como a centralidade no sujeito, os determinantes sociais da saúde, a atenção integral e humanizada, a produção de linhas de cuidados e a importância da atuação do profissional dos serviços penais em convergência com os profissionais do cuidado (e a importância igualmente importante da atenção a trabalhadores das prisões).

Consideramos que algumas prerrogativas nesse conjunto de responsabilidades institucionais poderiam ser melhor destacadas e ampliadas, permitindo, em especial, a inclusão dos órgãos da segurança pública - gestores das polícias civis e responsáveis por 467 Delegacias que mantinham 4.296 pessoas sob custódia (MJ, 2016b) -; com a participação em ações de planejamento, implantação e apoio à implementação da política de cuidados em nos territórios.

O recebimento da solicitação da unidade federativa e a publicação da sua qualificação à PNAISP foi definido como prerrogativa do MS que, ao efetuar a sua análise e considerar a relevância e viabilidade da demanda, em tese, deveria aprovar o pleito e publicar a adesão.

Entretanto, pelas observações e interlocuções mantidas ao longo deste estudo, verificou-se que não houve por parte do MS, um sistemático compartilhamento das oportunidades de análises, junto ao MJ, em decisões sobre as adesões de unidades federativas e habilitações de serviços. Compreendemos que essas providências deveriam ser pautadas em um diálogo entre o MS e o MJ para que, por meio de consenso entre as respectivas áreas técnicas, se aprovasse e recomendasse o atendimento a cada pleito endereçado à coordenação nacional da PNAISP.

A participação do MJ seria, então, considerada imprescindível nesses casos, pois tratava-se de um órgão que deveria ater-se às interpretações sobre as realidades das unidades de custódia e aos diálogos junto às autoridades prisionais locais, com a avaliação da dinâmica populacional, de estruturas e tecnologia existentes, da organização dos serviços penais, interfaces com entre as gestões prisionais e da segurança pública, dentre outras.

As concepções dos planos de ação estaduais e planos de ação de redes dos municípios, para elegibilidade à política em questão, seriam empreendidas pelas direções do SUS estaduais junto às administrações prisionais, sobretudo, com o envolvimento de instâncias essenciais como as Secretarias de Segurança Pública (pois, em diversos estados, parte da população privada de liberdade tem sido mantida sob custódia das Polícias Civis), o Judiciário, o Ministério Público, as Defensorias Públicas e o SUAS.

No âmbito do SUS, em esferas estaduais ou municipais, caberia envolver as áreas responsáveis pela atenção básica, saúde mental, gestão hospitalar, vigilância em saúde, política de regulação, informação em saúde, educação em saúde, urgência e emergência, saúde da mulher, saúde da criança, Rede Cegonha, saúde da pessoa com deficiência, dentre outras.

O Anexo II da Portaria Interministerial MS/MJ nº 01/2014 apresentava uma estrutura para confecção do plano de ação do governo proponente, sendo possível utilizar, igualmente, o modelo para a concepção do plano local previsto na Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/09/2013 (que estabeleceu diretrizes para o planejamento no âmbito do SUS).

Além de executor, o estado ocuparia, então, a função regulatória dessa política, além de partícipe no financiamento das ações e formadora de capacidades nos territórios e nas unidades. A exemplo das instâncias federais, os governos subnacionais deveriam responsabilizar-se pelos planos estaduais de saúde e de gestão prisional, articulados aos diversos planejamentos setoriais e aos planos plurianuais de ações governamentais, garantir apoio técnico e financeiro às unidades de custódia, às eventuais equipes estaduais da PNAISP, aos municípios habilitados, promover ações educacionais permanentes junto aos profissionais, garantir atenção às demandas da população em prisões, realizar a permanente vigilância em saúde, promover adequada gestão da informação e da comunicação, adotar práticas de regulação, avaliação e monitoramento em âmbitos estadual e locais, dentre outras.

Em princípio, foram garantidos dois modos de financiamento para a PNAISP, pelo governo federal, sendo os recursos oriundos do FNS e do FUNPEN. Como estabelecido na Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014, art. 15, inciso I, por intermédio do Ministério da Saúde, caberia “garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas

e ações na rede de atenção à saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, transferindo de forma regular e automática, os recursos do Fundo Nacional de Saúde”. Desse modo, ao MS coube, especialmente, o repasse regular de recursos do FNS aos fundos dos estados, DF e municípios para custeio dos serviços habilitados.

Assim, a Portaria MS/GM nº 482, de 01/04/2014, que dispôs sobre a operacionalização da PNAISP, preconizou, pelo art. 14, que os recursos do incentivo para os serviços habilitados seriam alocados no “Bloco da Atenção Básica” (o PAB-Variável).

Em seu art. 7º, estabeleceu que esse subsídio seria transferido pelo FNS aos Fundos de Saúde dos estados, DF e municípios qualificados à PNAISP (§ 1º); e, como consignado no § 2º, do *caput*, os estados e o DF, uma vez qualificados à política, integralizariam o valor correspondente a 20% do total do serviço habilitado, como financiamento participativo, compondo, assim, o subsídio integral, sendo que o recurso do FNS corresponderia a 80% do valor do serviço.

Quanto às despesas para construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos, tanto o MS quanto o MJ teriam essa responsabilidade. No art. 15, inciso I, “n”, da Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014, estabeleceu-se que ao MS também caberia “apoiar, técnica e financeiramente, a construção, a ampliação, a adaptação e o aparelhamento das unidades básicas de saúde em estabelecimentos prisionais”, e, do mesmo modo, o MJ, pelo inciso II, “f”, teria a responsabilidade por “assistir técnica e financeiramente, no âmbito da sua atribuição, na construção, na reforma e no aparelhamento do espaço físico necessário à unidade de saúde dentro dos estabelecimentos penais”. Quanto à infraestrutura e às tecnologias possíveis para implantação dos serviços, o art. 15 da mesma norma, dispôs sobre responsabilidades inerentes aos estados e ao DF, retratando a obrigatoriedade do governo federal, por intermédio do MS (inciso I, alínea “n”) e do MJ (inciso II, alínea “f”), em buscar apoiar tecnicamente e financeiramente aos entes executores dos serviços em projetos de construção, reforma, ampliação e implantação de tecnologias necessárias à organização dos serviços.

E, como previsto no art. 16, as Secretarias estaduais de Justiça, da Administração Penitenciária ou congêneres buscariam “garantir espaços adequados nas unidades prisionais a fim de viabilizar a implantação e implementação da PNAISP e a salubridade dos ambientes onde estão as pessoas privadas de liberdade” (inciso II, alínea “d”) e “apoiar, técnica e financeiramente, a aquisição de equipamentos e a adequação do espaço físico para implantar a ambiência necessária ao funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional” (inciso II, alínea “f”), em observância às normas, regulamentos e recomendações do SUS e do CNPCP.

Caso o serviço estivesse instalado em contexto externo ao estabelecimento de custódia, o MS e a SES financiariam a sua implantação e adequação estrutural e tecnológica.

### **3.5.2. Ações e serviços para atenção à saúde dos beneficiários**

A Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014 preconizou, no art. 10, que “os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)”. Isto é, para que fosse habilitado à PNAISP, o serviço deveria constar no sistema de gestão do SUS, por meio do qual seria registrado em seus diversos aspectos: localização, tipo de oferta, serviços especializados, infraestrutura, tecnologia disponível para atenção, dados administrativos, formas de gestão, equipes constituídas e respectivos profissionais, dentre outros. Destaca-se que, ainda que o texto dessa norma tenha se referido unicamente a “serviço de saúde nas unidades prisionais”, estes poderiam ser estruturados em contextos externos, em unidades básicas e outros dispositivos de saúde constituídos no território. Um serviço de saúde poderia contar, então, com equipes tipificadas para diversas formas de atenção, ou seja, equipes da saúde da família, saúde bucal, atenção domiciliar, dentre outras, vinculando-se, se necessário, ao mesmo CNES que uma equipe da PNAISP.

A Portaria MS/GM nº 482/2014 também possibilitou a constituição de serviços unicamente destinados à vinculação de equipes para referenciar a população custodiada. Ainda, um serviço habilitado à PNAISP poderia referenciar populações custodiadas em diversas unidades de custódia localizadas em um ou mais municípios sendo que, ao buscar garantir a sua elegibilidade, a direção do SUS (municipal ou estadual) que pleiteasse a habilitação deveria somar a população total das unidades a serem alcançadas pelas equipes.

Desse modo, como a PNAISP também possibilitou a instalação de serviços regionalizados, com condições para que um dispositivo localizado em dado município, comumente de referência regional, pudesse alcançar a população custodiada em unidades de municípios diversos, desde que houvesse prévia pactuação em instâncias intergestoras do SUS e constasse em planos de ações articuladas pactuados com a respectiva coordenação estadual da PNAISP. Essas equipes poderiam atuar em unidades básicas fixas (na comunidade ou na unidade de custódia) e em unidades móveis, diante de situações em que, em razão da reduzida população custodiada em determinadas unidades localizadas em municípios adstritos, fosse exigida uma racionalidade e uma forma de organização que possibilitassem a racionalidade e a

assertividade na gestão e no cuidado e melhor mobilidade aos seus profissionais. Nesse caso, o ente gestor, com o qual os demais municípios estabeleceriam a pactuação necessária, receberia o recurso do incentivo no respectivo fundo de saúde.

Por meio da Portaria MS/GM nº 482/2014, foram definidas as especificações das equipes pertinentes e, pela Portaria MS/GM nº 305, de 10/04/2014, estabelecidas as normas para o cadastramento dessas equipes e serviços no CNES. Assim, foram especificados os serviços em sua carga horária e respectiva faixa populacional a ser referenciada: populações inferiores a 101 custodiados, serviço com funcionamento mínimo de 6 horas semanais; populações de 101 e 500 custodiados, serviço com funcionamento mínimo de 20 horas semanais; e populações entre 501 e 1200 custodiados, oferta de serviço com funcionamento mínimo de 30 horas semanais.

A definição das equipes, denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), foi proposta pela Portaria MS/GM nº 482/2014, no art. 3º. Destaca-se que, de acordo com o § 7º, do caput, os profissionais que compõem as equipes Tipo I e II poderiam atuar com carga horária mínima de 10 horas, sendo que a cada ocupação (medicina, enfermagem, odontologia, etc.) seria exigido o cumprimento da carga horária total por equipe. Por exemplo: a equipe Tipo I contaria com dois profissionais de enfermagem, totalizando 20 horas mínimas necessárias à ocupação, e a Tipo III poderia contar com três profissionais que somassem as 30 horas mínimas, critérios aplicáveis às demais funções da equipe.

Já a composição dos recursos do incentivo da política de cuidados em saúde das pessoas custodiadas encontrou regras que levaram em conta a quantidade da população referenciada e sua proporção em relação à população total do município onde se encontrava instalada a unidade de custódia, bem como as características socio sanitárias locais. De acordo com a norma de operacionalização, seriam somados aos valores básicos das equipes os subsídios definidos como “compensatórios”, calculados com base nas proporções de custodiados em relação às populações residentes e as características socio sanitárias dos municípios que contavam com unidades de custódia. Essas compensações poderiam variar de 5% a 70%, sendo acrescidas aos valores básicos dos serviços. Com isso, reconheceu-se a necessidade de compensar algumas insuficiências locais e iniquidades regionais, pela modulação positiva dos valores do incentivo (quanto mais crítica a realidade local, maior o incentivo financeiro) e aporte para fortalecer as capacidades locais para cuidados em saúde de pessoas em prisões.

A compensação a municípios com prisões passou a ser considerada por alguns legisladores, o que inspirou a adoção dessa modalidade de subsídio na PNAISP. Encontramos alguns projetos de Lei que propunham esse tipo de medida: o Projeto de Lei Complementar nº 128/2012, apresentada pelo Deputado Federal Roberto Freire, de São Paulo, à Câmara Federal, que propôs alterar a Lei Complementar nº 79/1994, que criou o FUNPEN, prevendo a transferência de recursos aos municípios que tenham penitenciárias em seus territórios e instituindo medidas compensatórias à população afetada em sua circunscrição; e o Projeto de Lei nº 556/2007, apresentado pela Deputada Estadual Ana Perugini à Assembléia legislativa do Estado de São Paulo, estabelecendo a obrigatoriedade de “ações compensatórias e de minimização dos efeitos negativos gerados por unidades prisionais nos municípios onde são instaladas, bem como da elaboração de estudos prévios de seus impactos”.

As prisões, pelo que se verificou, contribuíam também para a produção de “desigualdades espaciais”, como interpretou Zomighani (2013, p. 208-209), gerando externalidades em bairros específicos de cidades mais populosas, como as capitais, ou em municípios menores, muitas vezes destinatários de novas unidades em função das políticas estaduais de expansão e interiorização das prisões, com diversas implicações e em detrimento das demandas dos governos locais. A implantação dessas unidades, principalmente quando mantinham população numerosa, alterava significativamente a estrutura demográfica do território, como a incidência de demandas dos custodiados sobre parte do sistema público local, o aumento de homens jovens residentes e o afluxo de familiares de custodiados (ZOMIGHANI, 2013, p. 260), ampliando as necessidades por ações e serviços dos governos locais<sup>46</sup>. eNo Anexo I, deste documento, tem-se a relação dos 35 municípios cujas populações custodiadas representavam proporções superiores a 10% que, em tese, deveriam ser tratadas com prioridade por políticas compensatórias.

Durante a proposição dessa nova política, representantes das coordenações estaduais de saúde da população privada de liberdade e do CONASS estabeleceram a necessidade de se gerar compensações também aos estados, caso os serviços de saúde fossem habilitados sob sua gestão, o que foi incorporado à política recém-publicada. O Anexo II, da Portaria MS/GM nº 482/2014 trouxe a tabela de compensações para equipes sob gestão estadual, com regra de cálculo baseada no IDSUS, alcançando a 35% de acréscimo aos valores dos serviços; já o

---

<sup>46</sup> Como mencionado anteriormente, em municípios com populações reduzidas (até 50.000 habitantes), observou-se que: 81.140 custodiados (12,3%) encontravam-se em 893 municípios com populações até 20.000 habitantes, em 936 unidades de custódia (33% do total do país); e 115.272 (17,5%), em 808 unidades (28,5% do total do país) localizadas em 720 municípios com faixa populacional compreendida entre 20.000 e 50.000 habitantes.

Anexo III, da mesma norma, representou essas compensações em função das habilitações de equipes sob gestão municipal, duplicando o índice relativo à gestão estadual.

A tipificação e os valores do incentivo de cada equipe, estabelecidos por serviço constituído, variaram de acordo com as características da população de referência, como quantidade, perfil epidemiológico e tipo de pena ou medida no âmbito da justiça criminal. As equipes, dimensionadas por meio da Portaria MS/GM nº 482, de 01/04/2014, foram assim caracterizadas: Equipe de Atenção Básica Prisional I (EABP-I) – Carga horária mínima de 6 horas semanais, para 1 a 100 custodiados, e incentivo mensal de R\$ 3.957,50; Equipe de Atenção Básica Prisional I com Saúde Mental (EABP-I SM) - Carga horária mínima de 6 horas semanais, para 1 a 100 pessoas, com incentivo mensal de R\$ 6.790,00; Equipe de Atenção Básica Prisional II (EABP-II) - Carga horária mínima de 20 horas semanais, para 101 a 500 pessoas, e incentivo mensal de R\$ 19.191,65; Equipe de Atenção Básica Prisional II com Saúde Mental (EABP-II SM) - Carga horária mínima de 20 horas semanais, para 101 a 500 pessoas, com incentivo mensal de R\$ 28.633,31; e Equipe de Atenção Básica Prisional III (EABP-III) - Carga horária mínima de 30 horas semanais, para 501 a 1.200 pessoas, e incentivo mensal de R\$ 42.949,96.

As equipes propostas pela PNAISP foram planejadas a partir da utilização dos parâmetros de produtividade das equipes de saúde em ambulatorios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e publicados pelo MS (2002). Sendo assim, com o objetivo de gerar subsídios para o dimensionamento dos serviços das equipes de saúde prisional, foram adaptados os parâmetros da OMS, ampliando a disponibilidade do profissional por hora de atendimento com a redução do número de atendimentos. As equipes que constituíam os serviços por carga horária (6, 20 e 30 horas semanais) e população referenciada (1 a 100, 101 a 500 e 501 a 1.200 custodiados), foram definidas de acordo com os parâmetros demonstrados no Anexo O.

O número de procedimentos potenciais, por mês, ofertados por serviço composto por Equipe de Atenção Básica I com saúde bucal, correspondeu a 288, o que representou, ao máximo, 2,9 atendimentos mensais dedicados a cada pessoa custodiada, garantindo-se um atendimento médico a cada um deles. Já as equipes que compunham os serviços com carga horária mínima de 20 horas semanais, foram definidas para referenciar uma população mínima de 101 custodiados e máxima de 500. Nesse caso, o número de procedimentos potenciais mínimos, por mês, ofertados por serviço composto por Equipe de Atenção Básica I com saúde

bucal, seria de 1.440, representava 3,1 atendimentos mensais dedicados a cada custodiado, garantindo-se, minimamente, 0,6 atendimentos médicos mensais a cada beneficiário.

Para faixas de 501 a 1.000 custodiados, o número de procedimentos mínimos, por mês, ofertados por Equipe de Atenção Básica I com saúde bucal, foi estimado em 1.440, o que, em seu máximo, representaria 1,4 atendimentos mensais mínimos dedicados a cada custodiado, garantindo-se 0,5 atendimentos médicos a cada pessoa. Quando o serviço se constituísse por Equipe de Atenção Básica II com saúde bucal, teria minimamente 2.400 procedimentos potenciais, com média de atendimentos elevando-se para 2,4 procedimentos por custodiado. Por seu turno, ao inserir o componente psicossocial nesta última composição de equipe, foi possível obter 3.330 procedimentos potenciais/mês (mínimo de 3,3 procedimentos potenciais por custodiado) e um mínimo mensal de um atendimento médico por custodiado. Com a faixa de 500 a 1.200 custodiados, houve, então, redução de produtividade em 20%: 2.670 atendimentos mensais, sendo 2,1 atendimentos/pessoa.

A oferta prevista nas redes de saúde foi contemplada na taxonomia construída no quadro referencial da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), publicada pela Portaria MS/GM nº 841, de 02/05/2012, que, segundo o art. 1º, compreenderia todas as ações e serviços inerentes aos SUS, num quadro abrangente de ações e serviços organizados de modo a propiciar a integralidade do cuidado, nos seguintes componentes (art 3º): atenção básica; ações e serviços da urgência e emergência; ações e serviços da atenção psicossocial; ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e ações e serviços da vigilância em saúde.

Para as ações e os serviços inerentes à RENASES foi possível integrar e adaptar os procedimentos aos aspectos característicos das unidades de custódia e da política de cuidados em saúde de pessoas em sistemas de custódia, como detalhado a seguir. Em linhas gerais, as iniciativas possíveis à política em questão poderiam ser alinhadas aos eventos de caráter jurídico-administrativo inerentes à execução penal, e imbricadas com os procedimentos da segurança prisional e as diversas formas de assistência no contexto prisional.

As principais etapas da custódia e respectivas formas de atuação da execução penal em interfaces com o SUS, com adaptações a partir da Lei nº 7.210/1984 e da Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014, foram, então, agrupadas e associadas às iniciativas dos sistemas de custódia e saúde. Essa sistematização, exposta no Anexo J deste documento, foi construída em conjunto com a área técnica responsável pela gestão da PNAISP, no âmbito do

DEPEN, discutida junto a equipes locais e retratada em uma das etapas da consultoria PNUD (em 2016).

Notamos que as abordagens avaliativas e a prática do cuidado em saúde seriam potencialmente aplicáveis a todas as etapas de custódia, reduzindo os riscos sanitários tão característicos das prisões, auxiliando na criação de condições mais favoráveis para que a população custodiada cumprisse seu roteiro de modo mais reparador e com melhores possibilidades de inclusão em sua vida pós-prisional.

Para tanto, as ações e serviços das equipes da atenção básica (constantes na Portaria MS/GM nº 482/2014 ou nas demais normas instituidoras de serviços da atenção básica), realizariam seus trabalhos por ações interdisciplinares, habilitados pela PNAISP, em contextos prisionais e comunitários, sendo pactuados, estruturados como pontos de atenção da RAS e cadastrados no CNES; já a oferta das demais ações e serviços de saúde (para além da atenção básica) seriam previstos e pactuados na RAS, (art. 9º).

O elenco de procedimentos de média e alta complexidades foi também estabelecido na RENASES, cujos grupos de ações e serviços característicos foram adaptados para a política de cuidados em saúde da população custodiada. Além do plano de ação específico, foram considerados norteadores os planos de ação de redes temáticas e os dimensionamentos das necessidades e ajustes das pactuações estabelecidas em função dos níveis mais especializados, que afetavam as estimativas para o teto financeiro correspondente aos níveis de média e alta complexidade no SUS, bem como as programações pactuadas e integradas, nas regiões de saúde. Esses processos de planejamento, pactuação e gestão, obviamente, deveriam levar em conta as necessidades da população custodiada, sendo os acessos aos procedimentos e serviços mais especializados, bem com as urgências e emergências, viabilizados aos custodiados por meio das centrais de regulação municipais, regionais ou estaduais.

No parágrafo único, do art. 9º, da Portaria Interministerial MS/MJ nº 01/2014, definiu-se que ações de saúde especializada, em unidades cuja lotação superasse a 1.000 pessoas, haveria regulamentação específica. Verificamos, em junho/2016, a existência de 221 unidades com populações acima desse parâmetro. Mesmo representando 10,4% do número total de unidades de custódia no país, essas prisões mais adensadas mantinham a maior parte da população encarcerada (59%).

De certo modo, deveria ser levada em conta a necessidade de especialização de parte dos serviços da PNAISP. Nesses casos, os seus signatários consideraram a demanda expressiva em unidades de custódia mais densas, os agravos e eventos críticos tão comuns aos contextos

prisoinais, as implicações inerentes à movimentação de privados de liberdade pelas equipes de segurança, além das dificuldades de se garantir o transporte sanitário adequado e em tempo.

Sendo assim, garantiu-se a possibilidade de constituir-se serviços de saúde mais especializados e com maior densidade tecnológica. Como definido nos arts. 16 e 17, estados, DF e municípios eram considerados entes executores e reguladores dessa política, responsáveis pelo financiamento e criação de capacidades suficientes para atenção à saúde da população custodiada, RAS e nas unidades de custódia. No entanto, compreendemos ser desnecessária, em princípio, a publicação de uma portaria específica para esses níveis de atenção, considerando que as referências para a média e alta complexidades e urgências e emergências poderiam ser estruturadas em contextos de custódia mais populosos – urgência e emergência, unidades de pronto atendimento, centros de especialidades clínicas e de especialidades odontológicas – ou, uma vez presentes nas redes de atenção abarcar as demandas do público custodiado, com a inserção das suas demandas em planos de ação e na regulação.

A Portaria MS/GM nº 841/2012 estabeleceu critérios de acesso e referenciamento na RAS, fundamentados em normas que trataram especificamente das ações e serviços, bem como em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (art. 6º). Esses critérios foram classificados no art. 7º, sendo possível associá-las aos procedimentos inerentes aos contextos de custódia, bem como às necessidades de “avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial”, às “regras de referenciamento pactuadas intrarregionalmente e interregionalmente” (art. 8º) e aos procedimentos no campo da execução penal. Assim, com o auxílio dos interlocutores ao longo do nosso trabalho consultivo (especialmente no DEPEN e nas unidades de custódia visitadas) e das notas de campo produzidas entre 2013 e 2015, vislumbramos critérios em uma adaptação às circunstâncias típicas dos processos de trabalho em unidades de custódia:

a) Ação ou serviço com acesso por procura direta pelo usuário (código RENASES 1):

- Critérios de referenciamento no SUS: Ação ou serviço com acesso livre, sem exigência de encaminhamento ou regulação de acesso; consideradas portas de entrada do SUS, conforme art. 9º do Decreto nº 7.508/2011;
- Procedimentos em contextos de custódia: i) Agentes de custódia deveriam avaliar a demanda manifesta, analisar e priorizar acesso e referenciamento junto à equipe de saúde, em função do risco e da urgência; ou ii) Dependendo da complexidade, Agentes de custódia encaminhariam o beneficiário à equipe de referência, para que se avaliasse a demanda e a classificasse o risco.

b) Ação ou serviço com acesso por encaminhamento de serviço do SUS (código RENASES 2):

- Critérios de referenciamento no SUS: Ação ou serviço que exigisse encaminhamento por intermédio de um serviço próprio do SUS (público municipal, estadual ou federal);
- Procedimentos em contextos de custódia: i) Agentes de custódia deveriam realizar busca ativa na unidade e avaliar a demanda, manifesta ou não, analisar e priorizar acesso e referenciamento junto à equipe de saúde, em função do risco e da urgência; ou ii) Dependendo da complexidade, Agentes de custódia poderiam realizar busca ativa na unidade e encaminhar o beneficiário à equipe de referência, para que o profissional do cuidado avaliasse a demanda e a classificasse o risco.

c) Ação ou serviço com acesso garantido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação (código RENASES 3):

- Critérios de referenciamento no SUS: Ação ou serviço provido com autorização prévia de dispositivo de regulação de acesso (central de regulação, complexo regulador ou outro dispositivo incumbido de regulação de acesso, coordenação de cuidado ou controle de fluxo de pacientes entre serviços de saúde);
- Procedimentos em contextos de custódia: i) Profissional do cuidado da equipe de referência deveria realizar a avaliação da demanda e a classificação de risco e/ou estabelecer referenciamento em função do projeto terapêutico que se realizasse na atenção ao custodiado; ii) Mediante autorização de gestores prisionais; e iii) Mediante autorização de autoridades judiciárias.

d) Ação ou serviço com exigência de habilitação (código RENASES 4):

- Critérios de referenciamento no SUS: Ação ou serviço com exigência de autorização pelo gestor municipal, estadual ou federal para que um estabelecimento de saúde realizasse procedimentos da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos;
- Procedimentos em contextos de custódia: i) Profissional do cuidado da equipe de referência realizaria a avaliação da demanda e a classificação de risco e/ou estabeleceria referenciamento em função do projeto terapêutico que se realiza na atenção ao custodiado; ii) Mediante autorização de gestores prisionais; e iii) Mediante autorização de autoridades judiciárias.

e) Ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional (código RENASES 5):

- Critérios de referenciamento no SUS: Ações ou serviços que contassem com protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas específicos, conforme o inciso II do art. 19-N e art. 19-O da Lei nº 8.080/1990;
- Procedimentos em contextos de custódia: i) Profissional do cuidado da equipe de referência realizaria a avaliação da demanda e a classificação de risco e/ou estabeleceria referenciamento em função do projeto terapêutico que se realizasse na atenção ao custodiado; ii) Agentes de custódia deveriam participar da indicação da atividade em função dos procedimentos operacionais de segurança na unidade e realizar movimentação de acordo com a agenda estabelecida; e/ou iii) Dependendo do serviço a ser referenciado e sua localização no território, ocorreria mediante autorização de gestores prisionais.

f) Ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância em saúde (código RENASES 6):

- Critérios de referenciamento no SUS: Ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, mesmo que suas intervenções fossem feitas sobre indivíduos, grupos ou na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância;
- Procedimentos em contextos de custódia: i) Profissional do equipe de referência realizaria a avaliação da demanda e a classificação de risco e/ou estabeleceria referenciamento em função do projeto terapêutico que se realizasse na atenção ao custodiado; e ii) Agentes de custódia participariam da organização da atividade em função dos procedimentos de segurança na unidade e realizariam movimentação de acordo com a agenda estabelecida.

No Anexo B, deste estudo, tem-se o detalhamento das ações e serviços e a pertinência dos critérios de acesso e referenciamento adaptadas às circunstâncias de custódia. Assim, pudemos obter um referencial para, de acordo com o quadro de ações e serviços da RENASES agrupados por níveis de complexidade, estabelecendo aquelas passíveis de serem implementadas por serviços elegíveis e as demais a serem acessadas por meio do matriciamento e do acesso regulado aos serviços das redes e propor critérios para acesso e referenciamento na RAS.

### 3.5.3. Sobre a atenção à saúde materno-infantil

Como afirmado anteriormente, não se obteve, com precisão, a dimensão da demanda por atenção a saúde materna e infantil em unidades de custódia do país. Os dados disponibilizados pelo DEPEN (MJ, 2016a) traduziram apenas parte dessa realidade, nas 1.476 unidades prisionais registradas. No Anexo P, tem-se um quadro que aproxima-se da realidade de custódia de mulheres, gestantes e nutrizes e a disponibilidade de ambiências e serviços voltados às suas necessidades, baseado nos dados do INFOPEN.

A atenção à saúde materno-infantil deveria ser garantida pelo Estado, baseada na estruturação de serviços de referência que incorporassem ações de cuidado voltadas a esse público em condição peculiar. O parágrafo 1º, do art. 82, da LEP, estabeleceu que “a mulher e o maior de sessenta anos, separadamente, serão recolhidos a estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal”, bem como o parágrafo 2º, do art. 83, preconizou que “os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até 6 (seis) meses de idade”. Nessa direção, o art. 89 dispôs que “a penitenciária de mulheres será dotada de seção para gestante e parturiente e de creche para abrigar crianças maiores de 6 (seis) meses e menores de 7 (sete) anos, com a finalidade de assistir a criança desamparada cuja responsável estiver presa”.

A Resolução CNPCP nº 14/1994, que dispôs sobre as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil, enfatizou, no art. 7º: § 1º, que “as mulheres cumprirão pena em estabelecimentos próprios” e § 2º, “serão asseguradas condições para que a presa possa permanecer com seus filhos durante o período de amamentação dos mesmos”. Já a Lei nº 8.089, de 13/07/1990 – o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) -, traduziu algumas salvaguardas importantes, sublevando as demandas desse público, dadas as insuficiências e inadequações do sistema de execução penal:

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. [...]

§ 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança.

Art. 9º O poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.

As vicissitudes percebidas nos sistemas de saúde e de justiça (em suas normas e práticas) e os avanços obtidos pelas experiências com o PNSSP levaram à adoção de concepções diversas daquelas prescritas inicialmente na LEP, especialmente em relação à mulher custodiada que se encontrasse na condição de gestante, parturiente, nutriz, e respectivos filhos eventualmente mantidos nas unidades de custódia.

A Portaria Interministerial MJ/SPM nº 210, de 16/01/2014, instituiu a Política Nacional de Atenção a Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), cujos objetivos foram (art 3º):

- I - fomentar a elaboração das políticas estaduais de atenção às mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional, com base nesta Portaria;
- II - induzir para o aperfeiçoamento e humanização do sistema prisional feminino, especialmente no que concerne à arquitetura prisional e execução de atividades e rotinas carcerárias, com atenção às diversidades e capacitação periódica de servidores;
- III - promover, pactuar e incentivar ações integradas e intersetoriais, visando à complementação e ao acesso aos direitos fundamentais, previstos na Constituição Federal e Lei de Execução Penal, voltadas às mulheres privadas de liberdade e seus núcleos familiares; e
- IV - aprimorar a qualidade dos dados constantes nos bancos de dados do sistema prisional brasileiro, contemplando a perspectiva de gênero; e
- V - fomentar e desenvolver pesquisas e estudos relativos ao encarceramento feminino.

Com destaque, a Resolução CNPCP nº 04/2009, que dispôs sobre a estada, permanência e posterior encaminhamento de filhos e filhas de mulheres encarceradas, descreveu as principais nuances desse importante roteiro e dos procedimentos a serem adotados para o cuidado às mães e aos filhos que se encontravam em unidades de custódia, bem como a matriz do SUS constituída pela Rede Cegonha - rede prioritária instituída pela Portaria MS/GM nº 1.459/2011 -. Além dessas normas, as ponderações de profissionais que atuavam em equipes de cuidados em unidades femininas e coordenações estaduais da PNAISP nos auxiliaram a compreender esse percurso.

Do mesmo modo, adotando o referencial para implementação de estratégias ou políticas subnacionais para a saúde da mulher em condição de prisão, como orientaram a PNAMPE e a PNAISP, pudemos vislumbrar alguma sistematização possível, num conjunto de abordagens que também encontraria correspondências com o quadro de ações e serviços previstos na RENASES e seus critérios de acesso e referenciamento adaptados às circunstâncias de custódia., além dos serviços socioassistenciais previstos no SUAS.

Procurou-se levar em conta “a ecologia do desenvolvimento humano”, de acordo com a Resolução CNPCP nº 04/2009, art. 1º, contemplando “espaço adequado para permitir o desenvolvimento infantil em padrões saudáveis e uma relação de qualidade entre a mãe e a criança”, a priorização da “continuidade do vínculo materno”, a criação de condições para a amamentação, algo entendido como “ato de impacto físico e psicológico, deve ser tratada de forma privilegiada, eis que dela depende a saúde do corpo e da psique da criança”; e garantir espaços adequados de vivência, sanitariamente e socialmente seguros, com adequação da alimentação e da nutrição (art. 7º), viabilizando a visitação e o convívio familiar (art. 8º) tanto para as mães quanto para os filhos.

Do mesmo modo, entendeu-se como necessário assegurar o direito à convivência entre mãe e filhos, possibilitando a permanência de crianças por, minimamente, um ano e seis meses, como previsto na Resolução CNPCP nº 04/2009, art. 2º, pois, essa possibilidade foi vista como “fundamental para o desenvolvimento da criança, principalmente no que tange à construção do sentimento de confiança, otimismo e coragem”, para o estabelecimento de vínculos, para o importante exercício da maternagem e também “para a elaboração psicológica da separação e futuro reencontro”.

Para abrigar crianças com idades até dois anos, seriam garantidos “espaço de berçário de até quatro leitos por quarto para as mães e para suas respectivas crianças, com banheiros que comportem banheiras infantis, espaço para área de lazer e abertura para área descoberta”, como previsto pela Resolução CNPCP nº 04/2009, art. 5º. Às crianças com idades superiores a dois anos, quando possível e necessário permanecerem junto às mães ainda no contexto da unidade de custódia, procurar disponibilizar “dormitório para as mães e crianças, brinquedoteca, área de lazer, abertura para área descoberta e participação em creche externa” (art. 6º).

Como foi promovido pelo DEPEN e administrações prisionais estaduais, considerou-se importante viabilizar a constituição de centros de referência à saúde materno-infantil próximas às unidades de custódia, deslocadas, tanto quanto possível, de áreas circunscritas pelas prisões, bem como a adoção de benefícios da prisão domiciliar em diversas circunstâncias, notadamente, em observância ao art. 117, da LEP, que estabeleceu que a condenada gestante, em regime aberto, poderia permanecer na respectiva residência particular e, em consonância com o art. 5º da CF, inciso “L”, que “às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação”. Esses centros considerariam os referenciais para estruturação de Casa da Gestante, Bebê e

Puérpera (CGBP), previstos no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais - SIGEM (MS, 2017b) e orientados pelo DEPEN (MJ, 2017).

Ao final do período possível de vivência conjunta na unidade de custódia, fase considerada crítica e marcada por sentimentos de perda e sofrimento, foi avaliado como imprescindível a adoção de procedimentos para a separação gradual entre a mãe e a criança, como previsto na Resolução CNPCP nº 04/2009, art. 3º, por um período que duraria aproximadamente seis meses, “devendo ser elaboradas etapas conforme quadro psicossocial da família”, considerando a presença, na unidade de custódia, da pessoa que se responsabilizaria pela guarda da criança, para estabelecimento de vínculos e acompanhamento psicossocial, além da visitação ao novo domicílio da criança e criação de condições para que a mãe, uma vez separada do filho, pudesse receber a sua visita “por período prolongado”.

Desde o diagnóstico da gestação e, como mais intensidade, a partir do nascimento da criança, foi tratado como esforço primordial a realização da busca ativa de familiares, do diagnóstico sociofamiliar e a definição de condições de inserção da criança em novo domicílio, como disposto na Resolução CNPCP nº 04/2009, art. 4º, bem como a formulação de planos singulares de acompanhamento, com a responsabilização de unidades de referência da assistência social no território, especialmente CRAS e CREAS.

Esse procedimento se daria por iniciativa do judiciário que determinaria que o SUAS referenciasse as mães encarceradas, desde a gestação, a criança e os familiares que poderiam assumir a guarda provisória ou, em último caso, a instituição de acolhimento, quando não se alcançasse uma família que pudesse acolhe-la. Diante disso, a unidade de referência do SUS realizaria o matriciamento necessário junto aos dispositivos do SUAS, associando-os aos projetos singulares, dando seguimento aos protocolos para atenção à saúde geral e psicossocial.

Baseado nas premissas defendidas pelo CNPCP e na norma estruturante da Rede Cegonha, a PNAISP buscou estimular o reconhecimento da mulher encarcerada e suas demandas nos planos regionais da Rede Cegonha, entendendo que essas questões constariam das fases de operacionalização previstas no art. 8º, que tratou da adesão do ente federativo, do diagnóstico de necessidades no território referenciado, do desenho e do planejamento do programa na região de saúde e em cada município, a contratualização dos pontos de atenção, a qualificação dos componentes e a certificação das unidades de referência.

Nesse caso, a definição estratégica caberia aos grupos condutores da PNAISP e da Rede Cegonha, nos estados e no DF, às coordenações estaduais, bem como às referências

técnicas e gerenciais municipais, da atenção básica, da saúde da mulher e da criança, propiciar a inclusão dessa temática nos planos locais e, posteriormente, regionais.

A vinculação da gestante à unidade básica da sua área e à Maternidade de referência do território foi considerado determinante, pois permitiria a realização de pré-natal captação precoce e acolhimento com classificação de risco, realização de exames de Pré-Natal Habitual e de Alto Risco. Além disso, seria importante observar a garantia do cuidado em condições de parto e nascimento, com a estruturação de ambiências adequadas e de leitos suficientes, acolhimento (com classificação de riscos), acompanhamento integral, com disponibilização de kits à unidade básica de referência e às gestantes e parturientes.

Outra salvaguarda esperada foi a oferta do cuidado no puerpério e a atenção à criança, propiciando o aleitamento materno, o acompanhamento do bebê (especialmente de 0 a 24 meses), com a realização de visitas regulares à mãe e à criança (pela equipe de referência local), busca ativa de beneficiários em situação de vulnerabilidade, apoio e orientação para planejamento reprodutivo (com custeio de métodos contraceptivos).

Somaram-se a essas garantias, o transporte seguro e a garantia de acesso à central de regulação de leitos e a procedimentos eletivos, além da preocupação em seu utilizar o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPrenatal), na visualização dos dados e histórico de acompanhamento da mulher gestante mantida sob custodiada.

Em complementação a essa estratégia, o DEPEN passou a assegurar o apoio técnico-financeiro aos estados e ao DF, por meio de convênios, para constituição de Centros de Referência Materno-Infantis (CRMI), em unidades que custodiavam gestantes, parturientes e nutrízes, e que mantinham suas crianças. Esses centros eram compostos por unidades de saúde, espaços para atividades de cuidado, pedagógicas e integrativas (MJ, 2017).

#### **3.5.4. Sobre a assistência farmacêutica**

A assistência farmacêutica foi mencionada na Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014, no art. 11, que previu a publicação de portaria específica para tal finalidade. Assim, com a Portaria MS/GM nº 2.765, de 12/12/2014, o MS definiu as primeiras orientações para financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica, para repasses em 2014. Durante o exercício de 2015, foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.637, de 01/10/2015, e

assim, a cada exercício, propostas portarias sucessivas, estabelecendo repasses de recursos financeiros anuais, baseadas na RENAME, .

Essa modalidade de assistência baseou-se na Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída pela Portaria MS/GM nº 3.916, de 30/10/1988, definindo que seriam consideradas as necessidades socio sanitárias locais, com o propósito de "garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais", cujas diretrizes eram "o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária".

As principais finalidades da PNM, segundo o CONASS (2011b, p. 11-12), foram: regulamentação sanitária de medicamentos e garantia da necessária segurança, do uso racional, da eficácia e da qualidade dos medicamentos; adoção da Relação de Medicamentos Essenciais e garantia do acesso da população a esses medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico e incentivos à produção de medicamentos; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; etc.

As diretrizes estabelecidas pela PNM também priorizaram a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), utilizada desde 1964, bem como a reorientação da Assistência Farmacêutica, a organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos e a regulação dessa área importante do SUS. Com isso, a Resolução do CNS nº 338, de 06/05/2004, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

Destacamos que a Portaria MS/GM nº 533, de 28/03/2012, estabeleceu o elenco de medicamentos e insumos da RENAME (referencial também utilizado pelos dispositivos alusivos à assistência farmacêutica na PNAISP), que agrupou os medicamentos por complexidade e tecnologia da assistência, do seguinte modo (art. 1º): Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Insumos; e Medicamentos de Uso Hospitalar.

Já a Portaria MS/GM nº 271, de 27/02/2013, instituiu a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamentou o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Assim, como previsto, a estruturação da assistência farmacêutica aplicável à política de cuidados em saúde da população em contextos de custódia seguiria basicamente as

orientações para organização preconizadas pela PNAF. Como consta em seu texto orientador, o CONASS (2011b, p. 16-18) asseverou ser essencial que essa forma de assistência figurasse na estrutura organizacional do ente federativo responsável por essa modalidade de assistência (estado, DF e município), algo “imprescindível para o desenvolvimento de ações e a execução das atribuições de competência desta área, devendo, para tal, ser dotada de recursos físicos, humanos e tecnológicos adequados e compatíveis com a necessidade”.

Uma política para assistência farmacêutica bem definida, capaz de criar intersecções com as ações e os serviços de saúde para pessoas em unidades de custódia, levaria em conta, então, os pressupostos da OMS (2001, *apud* CONASS, 2011b, p. 18-19) e alguns dos seus elementos-chave.

O primeiro deles referiu-se ao planejamento e à seleção de medicamentos essenciais e adequados às necessidades da população referenciada: a utilização de instrumentos de levantamento de necessidades junto às unidades de custódia e redes de saúde no território, baseado na série histórica de aquisição, dispensação e consumo de insumos; nesse caso, as equipes partícipes dos serviços no contexto da unidade de custódia ou de estabelecimentos de saúde localizados na comunidade deveriam contribuir.

As equipes de referências locais se responsabilizariam pelo planejamento, por unidade de custódia, definindo os tipos dos insumos, quantidade e justificativas (com ênfase em perfil epidemiológico da população custodiada e dos trabalhadores em serviços penais), com a participação da referência técnica local da assistência farmacêutica e da autoridade prisional e sendo consolidada pela coordenação estadual da assistência farmacêutica.

A garantia do financiamento dos medicamentos, por meio dos repasses regulares, fundo-a-fundo colocou-se como alternativa mais adequada, como a PNAISP passou a implementar. Os valores referentes aos estados, DF e municípios foram definidos pela Portaria MS/GM nº 1.554, de 30/07/2013, que dispôs sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, e pela Portaria MS/GM nº 1.555, de 30/07/2013, que estabeleceu normas para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, cabendo à União aplicar R\$ 5,10/ano por habitante; aos estados e municípios, R\$ 2,36/ano/habitante; e ao DF, R\$ 4,72/ano/habitante.

As normas complementares da PNAISP estabeleceram o repasse de R\$ 17,73/ano, por pessoa privada de liberdade, sendo referentes ao componente básico da assistência farmacêutica (os valores transferidos, a cada ano, contemplaram a população total residente em unidades de custódia do estado e DF, independente de haver serviço habilitado à PNAISP). Nesse caso, o recurso anual estimado para assistência farmacêutica oriundo do SUS, no

território, e especialmente destinado à população custodiada foi de, minimamente, R\$ 20,09/*per capita*. Somaram-se a esse valor os recursos oriundos de ações orçamentárias das administrações prisionais estaduais que, regularmente, buscaram custear aquisições de insumos farmacêuticos.

Foi considerado importante manter o ciclo de abastecimento farmacêutico, com sistemática de gestão de aquisição, armazenamento e distribuição, adotando unidades específicas (farmácias centrais ou complementares às unidades de saúde). As formas de aquisição, armazenamento e distribuição dos insumos entre os serviços que referenciavam seriam relevantes, de acordo com o CONASS (2011b, p. 20), que asseverou ser importante conceber uma boa programação e dispor de “estrutura física, a capacidade instalada, os equipamentos e sistemas de informação, ampliando-os e modernizando-os de modo que atendam ao desenvolvimento das atividades [dessa forma de assistência]”, devendo ser garantidas estruturas adequadas, logística e fluxos administrativos racionais.

Baseado nos indicativos da PNAISP, considerou-se recomendável que as unidades gestoras da assistência farmacêutica dos municípios fossem responsáveis pelo suprimento que atendesse às necessidades das populações custodiadas, ainda que não houvesse serviços de atenção habilitados especificamente para referenciá-las; caso contrário, as unidades administrativas estaduais e respectivas estruturas (farmácias centrais ou regionais) poderiam se responsabilizar pelas aquisições, armazenamento e distribuição entre as unidades, sempre contando com a participação dos equivalentes municipais e de representantes das equipes locais de cuidados em saúde das populações custodiadas.

As unidades de custódia que, em razão da sua densidade populacional, pudessem estruturar uma ambiência adequada para guarda de itens farmacêuticos e contar com profissionais graduados nessa área do conhecimento, teriam, assim, melhor retaguarda; quando não, a unidade de saúde de referência do território (uma UBS ou farmácia descentralizada do município) ou mesmo a unidade centralizada da assistência farmacêutica municipal assumiria essa responsabilidade.

Observamos que a PNAISP, pelo engajamento à PNAF, possibilitou a garantia da regulação da assistência farmacêutica e a aplicação permanentemente de ações de avaliação e monitoramento, assegurando a qualidade dos insumos e da prestação dos serviços, sendo a implementação de um sistema de gestão da informação específico algo imprescindível, devendo dispor de formas de controle de aquisições e dispensação de itens, por município,

CNES, profissional que prescrevesse e usuário, bem como a disponibilidade de indicadores que refletissem melhor a realidade e apoiassem a tomada de decisões.

Nesse caso, a definição dos indicadores, as fontes, a periodicidade e as formas de coleta dos dados primários encontravam suporte em sistemas de informações disponibilizados pelo SUS, podendo ser utilizados pelas equipes de saúde de referência no território. Além disso, ficou evidente a necessidade de realização de consultas periódicas aos profissionais dos serviços de cuidado e da assistência farmacêutica para avaliação qualitativa necessária e aprimoramento dos dados encontrados, dos processos e rotinas.

Destacou-se, também, a importância do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS), disponibilizado aos estabelecimentos de saúde, pela rede mundial de computadores. Essa aplicação, adequada também à política de cuidados em saúde das pessoas custodiadas, foi reconhecida como necessária ao controle de estoque, rastreamento de medicamentos e insumos, controle de recursos financeiros da assistência farmacêutica na unidade de saúde e no território (como geração de arquivos necessários ao repasse de recursos), agendamento e controle de dispensação de medicamentos (possibilitando a identificação da demanda e das prescrições), registro e controle de usuários e medicamentos prescritos, além de permitir a avaliação e o monitoramento da assistência farmacêutica em qualquer recorte socioterritorial, o conhecimento de perfis de demandas e de acessos a medicamentos e insumos, bem como o estabelecimento do controle de medicamentos de uso especial, dentre outros.

### **3.5.5. Sobre a atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada**

A criminalização da pessoa com transtorno mental, foi entendida como ação por parte da justiça criminal face à conduta ilícita de uma pessoa que não tivesse consciência suficiente acerca dos danos e sofrimentos causados e das consequências decorrentes do seu ato, sujeitando-a, não a uma pena, mas à medida de segurança. Essa medida foi denominada “sanção penal de caráter preventivo e curativo”, de acordo com o Decreto-Lei no 2.848/1940, do Código Penal, art. 26, colocando-se sob a alegação de que seria um necessário instrumento para a garantia de proteção de valores e da segurança social, tendo como destinatária a pessoa que, “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Assim, com o adoecimento psíquico, de caráter permanente ou transitório, o sujeito seria criminalizado pelo sistema de justiça que, com base em exames psiquiátricos, o atribuiria o substantivo “periculosidade”, considerando-o inimputável e absolvendo-o impropriamente<sup>47</sup>.

A LEP dispôs que a instância para o cumprimento de medidas de segurança seria o HCTP, destinado a inimputáveis e semi-imputáveis (referidos no artigo 26 do Código Penal); quanto ao tratamento ambulatorial, o art. 101 da LEP estabeleceu que se daria “no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada”<sup>48</sup>.

A periculosidade, descrita no Código Penal, foi então atribuída à pessoa com transtorno mental que, supostamente em conflito com a lei, sendo sua condição interpretada por meio de perícia médica (art. 97, § 1º) e com a verificação das tendências ao cometimento de novo crime. Essa interpretação médica pretensamente preditiva de comportamentos futuros, foi estabelecida pelo CP como base para as decisões judiciais que poderiam, assim, reconhecer a inimputabilidade e a necessidade da aplicação da medida de internação ou tratamento.

Diante da necessidade de averiguar a condição psíquica da pessoa criminalizada, o art. 149, do CP estabeleceu que seria instaurado o “incidente de insanidade mental”, com o objetivo de realizar o exame pericial por perito designado pelo juízo, de caráter “médico-legal”, podendo ser esse procedimento jurídico-administrativo determinado pelo juiz responsável pelo processo ou por requerimento “do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado”, além de possível representação da autoridade policial (de acordo com o § 1º, do *caput*).

Aspectos que marcaram os modos comuns dos sistemas de justiça, em diversos territórios, foram percebidos como fatalidades: as práticas recorrentes se traduziram, ao longo do tempo, como processos que cada vez mais degeneraram e levaram à redução de possibilidades de cuidado e de inclusão social; e as vivências das pessoas que, em cumprimento de medidas de segurança ou aguardando a realização de exame pericial para emissão de laudos para determinação da condição psíquica, da periculosidade ou sua eventual cessação, impediram a oferta de diversas salvaguardas que a eles deveriam ser garantidas e contribuíram para o aprofundamento e a cronificação do sofrimento psíquico, para a dissolução de vínculos sociais e redução de expectativa de vida.

---

<sup>47</sup>A absolvição imprópria, que corresponde à sentença absolutória, de acordo com o art. 386, parágrafo único, III, do Decreto-Lei no 3.689/1941, Código de Processo Penal, pelo fato de não haver culpabilidade do sujeito que comete o ato delitivo.

<sup>48</sup>Decreto-Lei no 2.848/1940, sobre a imposição da medida de segurança para inimputável, art. 97: “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”.

O sujeito alienado seria percebido como portador de “um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social [...] fora de si, fora da realidade”, cuja “possibilidade de juízo” foi alterada de modo preocupante (AMARANTE; TORRE; 2001, p. 74). Esses processos degenerativos comumente ocorreriam quando os sujeitos estivessem asilados, isolados, mas seriam entendidos como problemas alheios às instituições psiquiátricas e custodiais pois, “para o saber psiquiátrico, a degeneração é causada pela doença mental, sem nenhuma ligação com as formas de relação institucional que se estabelece com a loucura e o louco” (AMARANTE; TORRE; 2001, p. 78).

Observou-se que os sistemas de saúde e justiça, em geral, não viabilizaram, de modo amplo e efetivo, políticas de atenção integral às pessoas com transtorno mental criminalizadas. Esses sistemas ocuparam-se, com relativa dificuldade, com a redução gradativa das internações em HCTP e ATP e das custódias em unidades prisionais comuns, especialmente naqueles casos em que os sujeitos apresentavam históricos de longa permanência. Vimos, também, com o auxílio de Weigert (2015, p. 143), que houve um sensível decréscimo no número de medidas de segurança nos sistemas prisionais: 8.217, em 2001, para 3.247, em 2011. A autora afirmou não ter encontrado explicação clara para essa abrupta redução, pela escassez de estudos explicativos a respeito, reconhecendo que, de certo modo, ocorreram efeitos contingenciais da Lei nº 10.216/2001 (WEIGERT, 2015, p. 144):

Deste modo, em que pese os números pudessem indicar que entre 2002 e 2003 houve expressiva redução de cumprimento de medida de segurança por força da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o fato de serem estáveis os números nos anos subsequentes, parece demonstrar que se houve tal influência, foi algo fugaz e bastante pontual, não sendo mantida a lógica de desinstitucionalização nos anos posteriores.

Essa autora observou poucas mudanças no quadro geral das medidas de segurança e sua sujeição às unidades de custódia, a partir das perspectivas propostas pela reforma psiquiátrica. Em dezembro/2010, segundo o MJ (2015), havia 4.580 pessoas custodiadas em HCTP e ATP, com medidas de segurança determinadas ou aguardando laudo psiquiátrico. Em novembro/2013, segundo a mesma fonte, encontravam-se 5.108 custodiados nessas unidades, sendo 3.608 em cumprimento de medidas de segurança; já o total de pessoas com medidas estabelecidas em HCTP, ATP e prisões comuns, era de 4.293.

Por sua vez, em junho/2016, verificou-se que havia 3.618 pessoas em cumprimento de medidas de segurança nos estabelecimentos registrados pelo CNJ (2016a), sendo que 2.677 (74%) com medidas determinadas, além de 1.950 à espera de laudos psiquiátricos (ainda sem sentença) que se encontravam nos 25 HCTP ou ATP existentes à época. Observou-se que havia

941 pessoas em medidas de segurança em unidades de custódia diversas (delegacias, cadeias, penitenciárias, etc.), representando 26% do total.

A partir dos dados e consultas locais realizadas em nosso estudo empírico, algumas situações nos chamaram a atenção pelas contradições encontradas: os estados de AC, MSul, MT, RR e TO mantinham 100% da população em cumprimento de medidas de segurança custodiadas em unidades prisionais diversas (penitenciárias, cadeias públicas), não contando com dispositivos específicos como HCTP e ATP, tampouco programas destinados à cumprimento dessas medidas em redes de saúde; e algumas outras unidades federativas apresentavam número significativo de pessoas com transtorno mental criminalizadas, já com medidas estabelecidas, e em unidades prisionais diversas de HCTP e ATP: DF (55,9%); AM (42,9%); MG (53,7%); Pará - PA (24,2%); Pernambuco - PE (27%); RO (51,9%); SC (19,6%); e SP (27,1%).

Os dados obtidos sobre o sistema de justiça diziam respeito somente às pessoas mantidas sob custódia em algum estabelecimento do sistema de justiça. Não foram representados nessas fontes os dados das medidas atendidas exclusivamente nas redes de saúde, entre as quais aquelas asiladas em moradias assistidas, hospitais da rede de saúde, programas de atenção em base comunitária. Assim, encontramos apenas uma parte da realidade demonstrada nas bases oficiais nacionais do sistema de justiça, sendo possível estimar o número de medidas incluindo-se, parcialmente, as informações obtidas junto aos programas de MG e Goiás (GO).

O que se verificava no país estava longe de uma clara reversão dos quadros de institucionalização, em estruturas inerciais “do modelo penal-psiquiátrico do asilamento”, como constatou Diniz (2013, p. 16-17), confirmando que o sistema não seria capaz de garantir “sequer as determinações legais sobre direitos e proteções”:

[...] pelo menos um em cada quatro indivíduos não deveria estar internado; e para um terço deles não sabemos se a internação é justificada. Ou seja, para 1.866 pessoas (47%), a internação não se fundamenta por critérios legais e psiquiátricos. São indivíduos cujo direito a estar no mundo vem sendo cotidianamente violado.

Em seu estudo, a autora verificou que, dentre os 3.989 casos analisados em 26 unidades de internação do sistema de justiça, em 2011, 741 pessoas não deveriam estar internadas e que (DINIZ, 2013, p. 17):

[...] 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico é de dez meses (o artigo 150, § 1º o

do Código de Processo Penal determina 45 dias) e o de espera para o exame de cessação de periculosidade é de 32 meses, 7% dos indivíduos possuem sentença de desinternação e se mantêm em regime de internação.

A própria disposição da medida de segurança nas normas especiais, apresentava nuances que dificultavam a interpretação e o direcionamento das formas de atenção: o acesso ao sistema prisional, mais recorrente que o acesso ao sistema de saúde, se dava face à necessidade de se alijar o sujeito por um período indeterminado. Isso se reforçou pelo fato de que o prazo mínimo para cumprimento de medida de segurança deveria ser de um a três anos, de acordo com o art. 97, § 1o, do CP, sem um prazo máximo delimitado nesse código.

Entretanto, como a Constituição Federal estabeleceu que não haveria pena de caráter perpétuo (art. 5º, XLVII) e o art. 75, do CP, determinou o limite de 30 anos para se manter alguém sob custódia, concluiu-se que a medida de segurança não deveria ultrapassar esse período. Ainda assim, a permanência, por longo tempo, em unidades de custódia e instituições hospitalares e/ou asilares levaram as pessoas ali subjugadas, de modo substancial, a processos degenerativos irreversíveis em sua condição psíquica, em sua saúde geral e no campo social.

Somaram-se a essas questões os agravantes decorrentes da publicação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sisnad, mencionado em capítulo anterior deste estudo. Em função do que consignaram o Código Penal, art. 28, e a Lei no 10.216/2001, em seu art. 6º, “os Tribunais determinavam internações, em caráter compulsório, em HCTP, alas psiquiátricas e prisões”, sendo que, “ao contrário do que se esperava, tem crescido o indiciamento e, o aprisionamento de muitos que, ainda que fossem usuários, são tipificados como traficantes” (MS, 2013d; FIGUEIREDO e MACHADO, 2015, p. 57-58):

Nesse sentido, torna-se imprescindível a produção de evidências (estudos, pesquisas) e de intervenções, possibilitando o adequado conhecimento dos indivíduos “sujeitados” nesses contextos, a adequação da oferta assistencial, das práticas e das diversas dimensões institucionais e jurisdicionais importantes, com a construção de arranjos estratégicos e operativos, bem como produção de interfaces que melhorem a interação normativa (superando, aí, a ambiguidade e as confrontações normativas). Torna-se imperativa a necessidade de oferta de apoio às unidades federativas para redirecionamento dos seus modelos de atenção aos pacientes judiciários e ao tratamento das questões pertinentes aos usuários de drogas psicotrópicas, adotando como referência central o paradigma do SUS.

Desde a publicação da Lei nº 10.216/2001, foi possível “confrontar os dispositivos do Código Penal”, segundo Carvalho (2014, p. 523-524), como avaliar a “(in)adequação dos preceitos [...] que sustentam a absoluta ausência de responsabilidade penal do portador de sofrimento psíquico que praticou ato ilícito” (o que legitimava a perpetuidade das medidas de segurança), modificar a finalidade da medida “do tratamento ao cuidado-prevenção” e

implicando, necessariamente, “uma readequação do seu fundamento (periculosidade)”, pois, essa nova Lei partiu do pressuposto de que a pessoa com sofrimento psíquico seria reconhecida como “sujeito de direitos com capacidade e autonomia (responsabilidade) de intervir no rumo do processo terapêutico”.

A modalidade de cuidado proposta por essa lei compreendeu a estruturação de práticas diversas e alternativas aos modos centrados nos serviços hospitalares e alienantes, consignando serem proibitivas as internações em instituições asilares. Desse modo, a admissão em estabelecimento psiquiátrico deveria ser considerada “limitada às situações em que os demais recursos mostrem-se insuficientes e para os pacientes com longa história de internação psiquiátrica, devem ser desenvolvidos programas de reinserção e reabilitação psicossocial”, sendo garantidos à pessoa beneficiária o melhor tratamento possível na rede de saúde e, de acordo com as suas necessidades, “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Lei nº 10.216/2001, art. 2º).

A redefinição de formas de atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada, no âmbito da justiça criminal, apoiou-se nessas premissas defendidas pelos movimentos da luta antimanicomial e pelo SUS, consignando diretrizes e recomendações que trouxeram contribuições. Surgiram orientações por parte de alguns órgãos da justiça – especialmente o DEPEN, o CNJ e o CNPCP – e programas apoiados pelo MJ, Tribunais de Justiça, Ministério Público e SUS, em algumas regiões.

Diversas referências normativas publicadas, baseadas na Lei nº 10.216/2001, ajudaram a ampliar as interpretações dos operadores da justiça criminal, estimulando-os na adoção de providências em substituição à recorrente prática de institucionalização e, como algo relevante, o reconhecimento da necessária desconstrução do HCTP, como discutido em textos anteriores (MS, 2013d; FIGUEREDO e MACHADO, 2015, p.46):

[...] o instituto “HCTP” tem prazo definido para sua extinção, bem como redefinidos conceitos (tais “medidas de segurança”, “periculosidade” e “tratamento”) sendo possível vislumbrar, pelo esforço dos sanitaristas e militantes dos movimentos da luta antimanicomial no país, formas substitutivas, especialmente a partir da publicação da Lei no 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, entendendo que a atenção psicossocial adequada, frutífera só é possível quando combinados os esforços da justiça criminal às redes de atenção do território.

Como pudemos evidenciar em textos básicos, ao longo dos nossos trabalhos consultivos e junto ao grupo de trabalho no contexto do ObservaSMJC, essas diretrizes foram

fundamentais para a reorganização das pautas dos sistemas de justiça e de saúde, desvelando “que a atenção psicossocial adequada, frutífera, só é possível quando combinados os serviços penais às redes de atenção do território” (FIGUEIREDO, 2013, p. 2-3; FIGUEIREDO e MACHADO, 2015, p. 46-53):

Outrossim, o atendimento aos pacientes judiciários [os inimputáveis], no âmbito da justiça criminal, tem sido consignado em marcos legais importantes, que estabelecem diretrizes para atenção aos pacientes judiciários, a saber:

- a) Resolução CNPCP no. 5, de 04/05/2004, que dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança;
  - b) Resolução CNPCP no 4, de 30/07/2010, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei no 10.216 de 06 de abril de 2001;
  - c) Resolução CNJ no. 113, de 20/04/2010, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e medida de segurança; e
  - d) Recomendação CNJ no 35, de 12/07/2011, sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança.
- [...] pelo regramento citado, os próprios órgãos da justiça criminal, em âmbito nacional, buscaram tornar-se congruentes com tais premissas, ainda que se configure uma situação de confrontação normativa, modificando-se, claramente, a finalidade da medida de segurança: uma transposição, do “tratamento”, da “presunção criminal”, para o “cuidado”, a “prevenção” e a “inclusão social”. Configura-se aí, a nosso ver, o reconhecimento da “titularidade de direitos” das pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei.

Em concordância com a Lei nº 10.216/2001, o CNJ e o CNPCP consideraram que as internações de pessoas em medidas de segurança também deveriam ser feitas “em último caso”, quando todas as possibilidades para inclusão em redes de saúde mental se esgotasse. Ainda que figurassem nas normas especiais (CP e LEP), as medidas de segurança passariam a ser interpretadas, sobretudo, como “medidas terapêuticas” e pautadas por projetos terapêuticos, em redes de saúde; a garantia de direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental, com o redirecionamento das formas de cuidado em saúde mental e a adoção de mecanismos indutores para a “reforma psiquiátrica” no âmbito da execução penal. Essas assertivas foram encontradas especialmente nas Resoluções CNPCP nº 01/2014 e nº 01/2010 e na Recomendação CNJ nº 35/2011.

Somaram-se a essas diretrizes a Resolução CNPCP no 01, de 10/02/2014, que orientou às unidades federativas na adoção do Serviço de Avaliação e Acompanhamento às Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), consignado na Portaria MS/GM nº 94, de 14/01/2014, no tecido da PNAISP, e que abordaremos posteriormente.

Entretanto, mesmo com as mudanças normativas que pretenderam induzir à efetivação dos direitos das pessoas com transtorno mental no âmbito da justiça criminal, a realidade

demonstrada pelos dados expostos anteriormente levaram a um certo ceticismo, “como se simplesmente não existisse a Lei da Reforma”, segundo a interpretação de Weigert (2015, p. 147), que inferiu:

É assustador pensar que passados quatorze anos de sua promulgação o impulso desinstitucionalizador aparentemente fomentado logo após sua implementação não conseguiu conter a tendência punitivista, como citado anteriormente, não havendo nenhuma alteração substantiva na curva ascendente da aplicação das medidas de segurança no Brasil – salvo raras e honrosas exceções, como os projetos desenvolvidos em Minas Gerais (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAIPJ) e em Goiás (Programa de Atenção ao Louco Infrator – PAILI), práticas de vanguarda que se orientam pela Lei da Reforma Psiquiátrica [...]

Com isso, ponderamos sobre iniciativas importantes que levaram à adoção de práticas de cuidado em algumas redes de saúde, endereçando aos serviços de base comunitária a responsabilidade pela atenção às pessoas com transtorno mental eventualmente criminalizadas, que poderiam ser generalizadas no país, juntamente com as proposições da PNAISP em relação a essa questão. Essas referências, ainda que circunscritas, contribuíram para a redução progressiva das inclusões desse público em dispositivos de custódia e manicomiais em seus territórios, especialmente em Goiás e Minas Gerais, e se tornaram bons exemplos paradigmáticos.

#### **3.5.5.1. Algumas lições aprendidas**

Iniciativas dos sistemas de saúde e de justiça, em algumas unidades federativas, confirmaram a importância da adoção de alternativas para atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada, promovendo a desinstitucionalização, orientando a atenção no tecido do sistema de garantia de direitos, adotando formas de cuidado em serviços comunitários e reduzindo novas inclusões em estabelecimentos de custódia.

Pudemos considerar a relevância dos programas implantados em Minas Gerais e Goiás, que confirmaram ser possível adotar as redes de saúde como instâncias para reorientação das medidas e, como o *locus* de cuidado para a pessoa com transtorno mental criminalizada, o domicílio e espaços da própria comunidade. Indicaram, também, que se deveria levar em conta a importância de pactuações com as políticas de saúde e de proteção social, a construção de interfaces setoriais para a integralização do cuidado, a utilização dos serviços alternativos aos hospitais de custódia e prisões, a adoção de políticas específicas para a desinstitucionalização e

inclusão social daqueles que vivenciaram longos períodos de internação e o encerramento das portas de entrada em unidades do sistema prisional para esse público.

a) O Programa para Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)

Esse programa representou um paradoxo, tanto pela sua aposta ético-política e capacidade de articulação estratégica junto às instituições e redes dos territórios, quanto pela prioridade na utilização dos serviços das redes de saúde e suas interfaces setoriais.

De acordo com as bases oficiais consultadas (MJ, 2016b), Goiás contava com 164 unidades de custódia, em 146 municípios, mantendo 16.775 pessoas sob custódia, sendo 101 em cumprimento de medidas de segurança, não dispendo de unidades classificadas como HCTP ou ATP. O estado contava com 18 regiões de saúde, no período de realização deste estudo, sendo que somente um município apresentava desempenho do SUS superior (a capital, Goiânia). A população custodiada concentrava-se em 106 municípios que apresentavam desempenhos do SUS inferiores (GH5 e GH6).

Verificou-se que a taxa média de cobertura de CAPS, em GO, no mês de março/2016, era de 0,72/100.000 habitantes, bem abaixo da média nacional, que era de 0,91/100.000 habitantes. À época, aquele estado contava com 197 NASF e 8 SRT. Quanto aos serviços da atenção básica, GO apresentava uma rede de saúde com capacidade de acesso relativamente baixa: 65,7% para ACS; e 67,3% para ESF. Observou-se que somente 47 municípios contavam com algum CAPS habilitado e apenas 4 dispunham de SRT (Goiânia, Palmelo, Jataí e Rubiataba). Quanto à disponibilidade de NASF, foram encontrados 182 municípios com esse tipo de oferta (MJ, 2016b; MS, 2016d).

Os dados referentes às medidas de segurança, apresentados pelo CNJ (2016a) indicavam esse expressivo número de custodiados em diversas unidades (cadeias e penitenciárias), o que pareceu ser uma contradição, já que os dados obtidos junto ao PAILI davam conta de que todas as pessoas com transtorno mental criminalizadas no estado eram atendidas exclusivamente pelas redes de saúde. Em consulta endereçada à administração prisional local, pelo DEPEN, não houve esclarecimentos, até a conclusão deste estudo.

Constituiu-se, paulatinamente, o seu percurso teve início com a constatação, pelo Ministério Público do Estado de Goiás (MP/GO), de que o tratamento dado às pessoas com transtorno mental criminalizadas era crítico, sendo estas mantidas sob custódia no antigo Centro Penitenciário de Atividades Industriais de Goiás (CEPAIGO), de acordo com o MP/GO (2009, p. 9), sem alternativas para cuidado e inclusão social.

Parte da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), sob a coordenação da Gerência de Saúde Mental da SES/GO, sua equipe era composta por 16 profissionais estatutários, sendo 6 especialistas para atenção jurídica e psicossocial, cuja abordagem fundamentava-se também em discussões e análises junto aos peritos oficiais da justiça criminal, para construção de laudos e para o acompanhamento, adotando perspectivas interdisciplinares, intersetoriais e de base territorial.

O MP/GO, por intermédio do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos e do Cidadão (CAO/DH), coordenava o coletivo denominado “Comissão Estadual de Acompanhamento das Medidas de Segurança”, constituído por atores pertinentes ao judiciário, às polícias do estado, órgãos do executivo estadual e municipais, além de convidados<sup>49</sup>.

O PAILI manteve, sob acompanhamento, entre 2006 e 2014, o total de 415 pessoas referenciando especialmente os serviços da atenção básica à saúde – ESF, ACS, NASF – e os CAPS constituídos no estado, e 6 em leitos psiquiátricos, em hospital de referência da rede de Goiânia (SES/GO, 2015). Para esse programa, somente em circunstâncias de instauração do incidente de insanidade mental, as pessoas com transtorno mental seriam mantidas em unidades prisionais, sendo que, nessa condição, encontravam-se 20 pessoas, em 2015.

O número de beneficiários oriundos de municípios do interior, totalizava 240 pessoas (em 82 municípios), sendo que, além delas, 175 residiam em Goiânia (30 em moradias assistidas e 145 em moradias próprias ou de familiares). Além das pessoas em medidas de segurança em curso, inseriam-se em suas agendas 83 pessoas com medidas suspensas condicionalmente ou extintas, com o propósito de assegurar a continuidade dos planos de cuidados em redes.

As pessoas que residiam nos 82 municípios do interior contavam, basicamente, com as referências dos serviços da atenção básica, sendo que somente 28 destes municípios constituíram serviços especializados em saúde mental. O fato de contar com uma rede especializada insuficiente para atenção psicossocial, fez com que as equipes da atenção básica (ESF, ACS e NASF) se tornassem as principais referências para atenção aos beneficiários do PAILI. De todo modo, Goiânia ofertava, por meio dos agendamentos regulados, a atenção em psiquiatria a todos os acompanhados pelo PAILI, inclusive do interior.

Entretanto, os dados obtidos em consulta ao CNIEP (CNJ, 2016), em junho/2016, indicavam o registro de 101 pessoas em medidas de segurança em unidades da administração

---

<sup>49</sup> Essa comissão reúne-se, ordinariamente e extraordinariamente, com o objetivo de avaliar a estratégia estadual para medidas de segurança e solucionar eventuais problemas de caráter político-estratégico, ou decorrentes do seu funcionamento, ou questões de responsabilidades locais e de serviços referenciados e pertinentes às pessoas atendidas.

penitenciária local (sendo 61 em penitenciárias e 40, em cadeias públicas). Isso nos pareceu algo constingencial pois, ao final do nosso trabalho consultivo junto ao DEPEN e ao PNDU, em abril/2017, esse número havia sido reduzido a 25.

Ainda sim, o programa de Goiás reconheceu os seus beneficiários em suas singularidades, apoiando-se na “localização da execução das medidas de segurança no âmbito da saúde”, colocando “o paciente judiciário como partícipe importante do desafio de democratização do sistema público de saúde brasileiro” (CIRQUEIRA, 2011, p. 73), auxiliando aos sistemas de justiça e de saúde na reconstrução de significados.

#### b) O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ)

O estado de Minas Gerais apresentava dois cenários, que se contrapõem, no tratamento das questões pertinentes às medidas de segurança: por um lado, a atuação do PAI-PJ, apoiado nas premissas da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos e presente no contexto da justiça criminal com relativa interface com a rede de saúde; por outro, a tendência atávica, no judiciário e no executivo, levando à criminalização e ao encarceramento crescentes de pessoas com transtorno mental em unidades de custódia da administração prisional.

Com uma população de 67.362 custodiados, em 303 unidades do sistema de justiça criminal (MJ, 2016b), Minas Gerais contava com 3 unidades, da Secretaria Estadual de Defesa Social (SEDS), responsável pela gestão das prisões à época do levantamento que realizamos por meio desta pesquisa, que mantinham, em abr/2016, 328 pessoas com transtorno mental criminalizadas com medidas de segurança ou que aguardavam a realização de exame pericial.

Dispondo de 77 regiões de saúde, somente três municípios apresentavam desempenhos do SUS superiores (Belo Horizonte, Juiz de Fora e Uberlândia), sendo que 75% da população custodiada concentrava-se em municípios com IDSUS superior-intermediário e relativamente inferior (GH2, GH3 e GH4). Observou-se que a taxa média de cobertura de CAPS, em MG, no mês de março/2016, era de 1,04/100.000 habitantes, acima da média nacional, que era de 0,91/100.000 habitantes.

À época, aquele estado contava com 732 NASF e 34 SRT. Quanto aos serviços da atenção básica, MG apresentava uma rede de saúde com capacidade de acesso razoável: 75,7% para ACS; e 78% para ESF. Do total de 853 municípios, somente 194 contavam com algum CAPS habilitado e 18 dispunham de SRT. Quanto à disponibilidade de NASF, foram encontrados 579 municípios com esse tipo de oferta (MJ, 2016b; MS, 2016d).

Verificou-se que a UF mantinha as pessoas com transtorno mental criminalizadas em

unidades diversas, a saber: 152 em HCTP; 118 em penitenciárias; uma, em delegacia; uma, em casa de albergado; e 56 em cadeias públicas, CDP e similares. No Anexo A, deste documento, tem-se o detalhamento dessas unidades.

Segundo o CNJ, em mutirão carcerário realizado em MG (CNJ, 2014b, p. 16), com a análise de informações obtidas em tres unidades destinadas à custódia de pessoas com transtorno mental, havia uma lista de 698 pessoas à espera de vagas para internação, e que seriam ser avaliadas no Centro de Apoio Médico Pericial (CAMP)<sup>50</sup>, em Ribeirão das Neves, para posterior distribuição pelas unidades da administração prisional estadual. Observando esse contrassenso, asseverou o CNJ (2014b, p. 17):

Considerando o fato informado que a lista tem quase 700 nomes em lista de espera e que abrem 40 vagas ao ano, não se mostra exagerado que a perspectiva de alcance de preenchimento da vaga em HCTP pelo ultimo paciente hoje listado será próxima dos 20 anos, o que é absolutamente impensável por inadmissível.

O PAI-PJ integrava a estrutura do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJ/MG), e está vinculado ao Programa Novos Rumos, este instituído pela Resolução nº 633/2010<sup>51</sup>, de acordo com o Projeto Começar de Novo, proposto pelo CNJ por meio da Resolução nº 96, de 27/10/2009. Tem sede na Comarca de Belo Horizonte, mantendo atividades de atendimento na Casa PAI-PJ.

Procurando manter o acompanhamento contínuo das pessoas com transtorno mental, o programa trilhava os seus processos organizativos e clínicos, sob duas coordenações gerais: a clínica e a jurídico-administrativo (TJ/MJ, 2009, p.9-10). Assim, por meio de atendimentos regulares aos beneficiários das medidas, discussões clínicas, caso a caso, pela equipe clínica, mobilização de atores sociais e familiares, avaliação contínua das redes e negociação de acessos, participação regular em audiências (no âmbito do judiciário), e produção e socialização de conhecimentos (com publicações em periódicos, participação em eventos, etc.).

O PAI-PJ assumiu a maior parte das demandas geradas no estado, atendendo, até o período de encerramento do mutirão carcerário (fevereiro/2014), 1.524 pessoas com transtorno mental criminalizadas, cujos processos encontravam-se ativos, sendo 381 com medidas de segurança de tratamento ambulatorial e 697, para internação. O restante, relatou o CNJ, deveu-

<sup>50</sup> Entendida como “porta de entrada” para o ciclo de institucionalização das pessoas com transtorno mental criminalizadas no estado, o CAMP é a referência pericial e determinante nessa lógica asilar.

<sup>51</sup>Art. 3º - O Programa Novos Rumos, vinculado à Presidência do Tribunal de Justiça, é integrado: I - por programa destinado a disseminar a metodologia APAC, visando a sua implantação em todas as comarcas do Estado; II - pelo **Programa de Atenção ao Paciente Judiciário, PAI-PJ** [grifo nosso]; III - pelas atividades do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário, previsto no art. 5º da Resolução nº 96, de 2009, do CNJ, instituído no âmbito do Tribunal de Justiça por meio da Portaria-Conjunta nº 170, de 21 de janeiro de 2010.

se ao “número de pacientes onde ainda não há sentenças e outros que estão com medida de segurança cumulada com penas privativas de liberdade ou restritivas de direitos”. Os que cumpriam medidas de segurança em tratamento ambulatorial estavam em suas residências e eram atendidos na rede de saúde. Do total de medidas de segurança em condição de internação, 15% eram cuidados em redes de saúde, 8% em HCTP e 2% aguardavam definição do seu projeto terapêutico.

Ainda, o PAI-PJ dava conta de 715 outros processos que foram efetivamente acompanhados, ao longo da execução das medidas, e que, uma vez extintas, foram arquivados; significava a garantia da sustentabilidade dos projetos terapêuticos singulares, em grande parte, num comprometimento com os sujeitos em seus movimentos par inclusão social.

A atuação do PAI-PJ foi considerada importante, contribuindo para a reversão de parte do cenário estadual, especialmente no judiciário e nas redes de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte, em relação às medidas de segurança. Entretanto, como atestou o próprio CNJ (2014b, p. 26-27) em relatório do seu mutirão carcerário, essas mudanças se mostraram insuficientes, quando analisado o quadro geral de Minas Gerais.

### **3.5.5.2. Do serviço dedicado à pessoa com transtorno mental criminalizada**

Com o processo de elaboração e implantação da PNAISP, esperava-se ampliar sobremaneira as capacidades das unidades federativas para acolhimento das demandas das pessoas que viviam em prisões. O principal objetivo dessa política recém-publicada foi garantir os cuidados em saúde de toda a população que se encontra sob custódia, possibilitando o matriciamento de diversas estratégias do SUS, com forte territorialização das ações.

As iniciativas descritas no item anterior auxiliam no entendimento do processo de proposição e publicação da EAP, como um dispositivo indutor de estratégias para atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada em redes de saúde e de proteção social.

Um fator preponderante, influenciado por muitos que atuavam em prol da reforma psiquiátrica em prisões, foi a atuação do DEPEN no campo das relações institucionais, no fomento a projetos e nos esforços de acompanhamento e melhoria de praticas, o que contribuiu bastante para que se pensasse uma estratégia destinada à reorientação das formas de atenção às pessoas com transtorno mental criminalizadas.

A participação no processo de construção dessa importante agenda nacional de produção de direitos, que é a PNAISP, com sua transposição para as políticas sociais brasileira também é notória. As unidades federativas, em geral, e especialmente aquelas estudadas durante o

nosso trabalho consultivo, enfatizaram o DEPEN e o CNJ como instâncias mais presentes em apoio às suas práticas, em relação às medidas de segurança, quando comparados às outras instituições (MS, SDH, dentre outros).

As concertações feitas pelo DEPEN, desde a publicação da Lei nº 10.216/2001, especialmente em articulações com as instituições do judiciário e do executivo, por meio de eventos, audiências, estabelecimentos de canais de comunicação com as demais instituições e territórios, grupos técnicos dedicados à análise e produção de propostas no campo das políticas de execução penal e inclusão social, fomento a projetos de pesquisas e intervenções, apoio à constituição e ao fortalecimento de programas de educação continuada, dentre outros, criaram condições favoráveis para uma cultura de qualificação das políticas locais, construção de agendas intersetoriais e, como questão de fundo, a produção de agendas de direitos. A seguir, as principais iniciativas retratadas pelo DEPEN:

- a) Apoio técnico ao Ministério Público Federal (MPF) na elaboração do “Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001” e em audiências públicas, em 2011, em Brasília;
- b) Apoio técnico ao trabalho de mutirão das medidas de segurança, nos estados, junto ao CNJ, em 2011;
- c) Apoio técnico-financeiro ao Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, entre 2011 e 2012, na elaboração do estudo censitário sobre os HCTP e ATP do país, o que resultou em publicação de um livro sobre a temática (DINIZ, 2013);
- d) Apoio técnico-financeiro ao governo de Alagoas, em 2011, na criação de dispositivo transitório para atendimento aos pacientes judiciários com sério comprometimento funcional e longa permanência, pela oferta de atendimentos psicossociais, em fisioterapia e terapia ocupacional;
- e) Apoio técnico e financeiro à Secretaria de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro, entre 2010 e 2012, no custeio de acompanhantes terapêuticos e estruturação de dispositivo transitório para desinstitucionalização de pacientes internados no Hospital Heitor Carrilho; esse trabalho contribuiu para o fechamento do HCTP, transformando-o em núcleo de perícias;
- f) Participação regular em ações intersetoriais e programas de atendimento a pacientes que cumpriam medidas de segurança e internação em HCTP, à luz da Lei nº 10.216/2001, dando continuidade aos esforços para conjugar as políticas setoriais, reorientando e consolidando as práticas de atendimento ao público em questão,

articulando o PNSSP/PNAISP ao SUAS e à RAPS; nesse caso, diversas reuniões foram mantidas com o CNJ, o MPF, MDS e MS, com o intuito de propor a estratégia nacional para medidas de segurança (que culminou com a publicação da EAP) e revisão do CP e da LEP nos dispositivos que tratam das medidas de segurança; esse coletivo foi responsável pela elaboração das sugestões e do documento-base que levou o Ministério da Saúde à publicação da Portaria nº 94/2014;

- g) Cofinanciamento e fortalecimento dos debates das ações intersetoriais, programas e práticas de atendimento a pessoas que cumpria medidas de segurança e internação, com a participação em mesa e debates nos seguintes eventos: Encontro Nacional sobre Saúde Mental e Cooperativismo Social, no Rio de Janeiro, em 2011; Oficinas de Trabalho sobre medidas de segurança, em São Luis, MA, e Porto Velho, RO, em 2012, que geraram bases conceituais e metodológicas para desenho da EAP; Seminários Nacionais sobre Saúde Mental e Justiça Criminal, junto ao MS, em Brasília, entre 2011 e 2013, com o intuito de incentivar práticas substitutivas nos estados e qualificar a estratégia nacional; Simpósio nacional sobre saúde mental no sistema de justiça, em Brasília, 2014, para qualificar o processo de implantação da EAP nas UF;
- h) Cooperação política e técnica na realização de estudos para revisão do PNSSP, por meio do PRODOC BRA 05/038, com o PNUD, em 2009; planejamento e execução de oficinas regionais e de consulta pública nacional, para revisão do PNSSP e idealização das bases conceituais e metodológicas de uma política para saúde da população custodiada, já em 2010<sup>52</sup>; e
- i) Realização e cogestão do processo de elaboração e pactuação da PNAISP, em 2012 e 2013.

Além disso, mereceram destaque as atividades técnicas – estudos, reuniões, eventos – realizadas com entidades parceiras importantes que, configurando o Grupo Técnico sobre medidas de segurança, não instituído mas regularmente atuante, qualificaram os conceitos, permitiram o aprofundamento em relação à problemática que envolvia as medidas de segurança no país e a busca de alternativas estratégicas.

---

<sup>52</sup> Os conceitos de uma política para atenção integral à população custodiada e de uma estratégia específica para reorientação da atenção a pessoa com transtorno mental criminalizada foram trabalhados pelo DEPEN, numa articulação com o MS e diversos estados, em 2009. Essa proposição ganhou força a partir da realização dos estudos, com o PNUD, em 2009, das oficinas regionais e da consulta pública, em 2010.

Dessas agendas, que ocorriam frequentemente, participaram, além do DEPEN, o MS (área técnica de saúde prisional e coordenação de saúde mental), MPF, CNJ e a SDH; comumente, as atividades contavam com a presença das coordenações estaduais de saúde prisional, da saúde mental, representantes do judiciário de alguns estados e do DF, pesquisadores e movimentos sociais. Eventualmente, representantes do PAILI e do PAI-PJ contribuíam com orientações.

Em 2012, em função dos resultados advindos desses ciclos de diálogos e estudos, das lições obtidas com o PNSSP, do movimento coordenado pelo MS para desenho e negociação da PNAISP e dos projetos apoiados pelo DEPEN, surgiu a proposta daquela que seria a base da estratégia publicada em 2014: a estruturação do serviço para avaliação e acompanhamento da atenção ao paciente judiciário, vinculado à política para atenção integral à saúde da pessoa privada de liberdade, composto pelo Grupo de Trabalho Estadual para Assessoramento à Estratégia para Apoio e Acompanhamento da Atenção ao Paciente Judiciário (GEAPJ) e pelo Núcleo de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis ao Paciente Judiciário (NAPJ).

Esse modelo, que posteriormente passou a denominar-se EAP, foi debatido em circunstâncias importantes, pelas quais os esforços puderam ser explicitados, conhecimentos compartilhados e adesões de atores-chave conquistadas, a saber:

- a) No estado do Maranhão, em 2012, durante os ciclos de avaliação e debates sobre a situação das medidas de segurança no sistema prisional local e a crescente preocupação com o aumento da população com transtorno mental criminalizada no Hospital Nina Rodrigues; durante esse ciclo, atuaram o DEPEN, MS, CNJ, TJ/MA, MP/MA, SES/MA, Defensoria Pública/MA e SEAP/MA; o modelo desenhado para o NAPJ foi exposto às críticas e proposições;
- b) No estado de Rondônia, em 2012, durante os ciclos de avaliação e debates sobre a situação das medidas de segurança no sistema prisional local e, como no MA, a preocupação com a população com transtorno mental criminalizada na ala psiquiátrica do Hospital de Base de Porto Velho; durante esse ciclo, atuaram o DEPEN, MS, CNJ, TJ/RO, MP/RO, SES/RO, Defensoria Pública/RO, Ordem dos Advogados do Brasil/RO, Secretaria de Justiça/RO; o modelo desenhado para o NAPJ foi também exposto às críticas e proposições;

- c) Pelas reuniões do Grupo Técnico sobre medidas de segurança, em Brasília, por sucessivos encontros, em 2012 e 2013, que se aprofundou no estudo da proposta da estratégia já configurada em “minuta de Portaria”;
- d) Por exposições e debates junto aos coordenadores e tutores do curso de Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Prisional promovido pela UFMS e pela FIOCRUZ, em parceria com o DEPEN, resultando na produção de um trabalho didático (FIGUEIREDO e MACHADO, 2015);
- e) Por exposição e debate sobre o apoio às iniciativas para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, em reunião promovida pelo CNJ, envolvendo os juizes responsáveis pelas unidades de monitoramento e fiscalização da execução penal dos estados brasileiros e do DF onde foram realizados mutirões da execução penal em 2013;
- f) Pela apresentação do tema “Atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei”, durante o II Encontro Nacional sobre Encarceramento Feminino, promovido pelo CNJ e pelo DEPEN, em 22/08/2013;
- g) Promoção de duas oficinas de trabalho promovidas pelo MS, envolvendo representantes das administrações prisionais, saúde, judiciário, universidade e movimentos sociais dos estados e DF, em 2013;

Um fator considerado importante para impulsionar as discussões e mobilizar a gestão do MS para estabelecer uma agenda estratégica e orçamentária mais clara em relação a um serviço que apoiasse o redirecionamento das formas comuns de atendimento às medidas de segurança foi a publicação de uma série de reportagens, por um veículo de comunicação nacional, que retratou as realidades das pessoas em medidas de segurança e em condição provisória em seis estados brasileiros e no DF.

Intitulada “A loucura atrás das grades” (SASSINE, 2013a, 2013b), essa série de matérias jornalísticas baseou-se em alguns trabalhos investigativos junto às administrações prisionais e ao judiciário, gerando repercussões significativas naquele período. Premido pelos efeitos dessas publicações sobre os órgãos dos executivos nacional e estaduais, o MS, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), estabeleceu que se apresentasse uma proposta consistente para superação da escassa ressonância que os dramas das pessoas com transtorno mental encontravam no SUS.

Inicialmente, por determinação da gestão da SAS junto à sua Coordenação de Saúde

Mental, a estratégia deveria ser vinculada à RAPS, com a expectativa de que fosse custeada pela ação programática correspondente; a cogestão seria, então, feita com a participação da área técnica de saúde prisional<sup>53</sup>.

Durante o processo de discussão da proposta, em 2013, o DAPES estabeleceu, em acordo com a sua coordenação da área técnica de saúde da pessoa privada de liberdade, que a estratégia para pessoas com transtorno mental criminalizadas seria financiada com recursos oriundos da dotação pertinente à saúde em prisões. O que motivou essa readequação foi a decisão da coordenação de saúde mental em não mais priorizar essa ação em sua agenda orçamentária.

A partir do texto inicial, que se baseava nas premissas e métodos dos programas de MG e GO, e contando com as contribuições das diversas pessoas que participaram dos ciclos de estudos, reuniões e debates mencionados, estruturou-se o documento final que foi submetido às análises e às deliberações junto ao grupo técnico de atenção e na plenária da CIT, em 2013.

Assim, após a pactuação da Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014, foi possível submeter a proposta final da EAP e aprová-la junto à CIT, com a expectativa de que, com o serviço instituído por meio da Portaria MS/GM nº 94/2014, se consolidasse uma estratégia nacional para as medidas de segurança, na perspectiva da reforma psiquiátrica.

Essa nova norma, publicada no escopo da PNAISP, pelo MS, foi construída com a participação do CNJ, MJ, SDH, MPF, representantes do judiciário e MP de alguns estados (especialmente, GO, RO, MA, ES, PI, PA) e coordenadores das áreas técnicas de saúde das pessoas privadas de liberdade de diversos estados e do DF, resultando numa proposta de implantação de dispositivos que servissem como interfaces para a justiça criminal e o SUS, garantindo a avaliação interdisciplinar e o acompanhamento às medidas terapêuticas em contextos de redes.

E, como componente da PNAISP, esse serviço representou importante componente de uma estratégia nacional que se configurava, pretendendo alcançar os seguintes beneficiários (art. 2º, da Portaria MS/GM nº 94/2014):

[...] a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida

---

<sup>53</sup> Com isso, as referências técnicas da Coordenação de Saúde Mental, da SAS, contribuíram significativamente para a adequação da estratégia proposta, participando de reuniões junto a diversas instituições, or meio de debates, trabalhos de revisão e produção textual.

de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular.

Como a medida de segurança pode ocorrer em função de “sentença absolutória imprópria”, “sentença condenatória” ou em decorrência de agravos psicossociais durante o cumprimento da pena de prisão (daqueles que, em princípios, tenham sido considerados inimputáveis), definiu-se, para a EAP, um espectro maior de beneficiários, evidenciando a preocupação com os que tiveram suas medidas suspensas ou extintas pelo judiciário, propondo mecanismos para garantia de continuidade dos cuidados em redes dos territórios.

A partir da composição do Grupo Condutor da PNAISP, previsto pela Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014, esperava-se, pela norma específica da EAP (art. 3º, parágrafo único), a constituição de comissão de trabalho para proposição e apoio à estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada contribuindo para a elaboração de um plano de ações integradas, podendo contar com representantes do Tribunal de Justiça, do Ministério Público Estadual, da Defensoria Pública Estadual, da Secretaria Estadual de Assistência Social ou congêneres, de instâncias de controle social, em âmbito estadual, sendo preferencialmente dos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Políticas Sobre Drogas ou congêneres e de Direitos Humanos ou congêneres.

Os interlocutores locais, ao longo da nossa pesquisa, em especial os juizes das Varas de Execução Penal de Teresina e São Luis e as equipes EAP dos respectivos estados, indicaram a necessidade de termos de cooperação locais e protocolos de intenções, tendo como signatárias as instituições dos grupos técnicos de assessoramento, estabelecendo como compromisso central a elaboração do plano de ações integradas, a estratégia estadual específica, o desenho de um serviço para avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas, etc.

Convocada a atuar, pela gestão do SUS, e baseada em demandas apresentadas por diversos atores (Coordenações e serviços de saúde da PNAISP, Juizado, Ministério Público, a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei ou seu representante, os serviços de referência da rede), a EAP deveria atuar com foco nos seguintes objetivos (art. 4º):

- I. Realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei 10.216/2001 e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- II. Identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS;
- III. Estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que

viabilizem acesso e corresponsabilização pelo cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei;

IV. Contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema. .

V. Acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo.

VI. Apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei.

VII. Contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania.

Observamos os procedimentos deveriam assumir caráter regulado, ainda que a EAP atue em caráter emergencial. De acordo com a art. 5º, para tornar-se elegível ao recebimento dos recursos do FNS, os serviços constituídos deveriam adotar carga horária semanal mínima de 30 horas, e ser constituído por equipe interdisciplinar composta por 5 profissionais com as seguintes formações: Enfermagem, Medicina com experiência em saúde mental (preferencialmente, psiquiatria), Psicologia, Serviço Social e acrescido de profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, preferencialmente Educação, Terapia Ocupacional ou Sociologia.

A norma previu que a EAP fosse vinculada à gestão do SUS, preferencialmente, tendo como território de atuação a região de saúde definida por contratos de gestão, e o município polo como sede do serviço. Esse dispositivo deveria constituir-se como algo capaz de contribuir para o diálogo entre o SUS e o sistema de justiça criminal, e que, atuando como agenciador dos processos de inserção em rede e definição de formas de matriciamento com seus dispositivos, encorajaria a desconstrução do paradigma da psiquiatria clássica que ainda marcava o tratamento das pessoas com transtorno mental criminalizadas.

Nesse caso, todas as pessoas que se encontrassem sob custódia em unidades da justiça criminal, seriam acessadas e avaliadas por essa equipe, em caráter de urgência. A partir disso, a cada novo caso surgido no contexto da justiça criminal, o serviço para avaliação e acompanhamento poderia ser convocado a produzir as suas análises.

Assim, cada pessoa com transtorno mental percebida pelo sistema de justiça criminal, custodiada provisoriamente ou não, seria contemplada pelo serviço, por determinação judicial (com incidente de insanidade mental instaurado ou não) ou por requerimento do MP ou da

Defensoria Pública. Com isso, seria possível construir pareceres, laudos, relatórios, para além da perspectiva psiquiátrico-forense, triangulando as diversas perspectivas e considerando as múltiplas dimensões que envolvem a pessoa presumidamente ou definitivamente destinatária de uma medida de segurança (ou, medida terapêutica). Além disso, os casos notificados de violências e de agravos psicossociais, poderiam ser inseridos nessa agenda de serviços.

As medidas de segurança determinadas, seriam compreendidas e concretizadas enquanto “medidas terapêuticas” e pautados na produção e implementação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS): a) avaliação diagnóstica integral; b) construção e pactuação com os sujeitos e instituições envolvidas; e c) definição e coordenação das responsabilidades.

Então, esses planos construídos com os serviços de referência indicados pelo serviço de avaliação e acompanhamento e pelo Juízo, para atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, seriam analisados em relação aos seguintes aspectos: a) avaliação psicossocial e de condições gerais de saúde; b) avaliação dos fatores de risco e proteção; c) avaliação das questões relativas a inserção e proteção sociais; d) identificação dos dispositivos da rede que serão necessários para a sustentabilidade do plano terapêutico; e e) avaliação dos recursos da rede de saúde, assistência social, dentre outros programas de direitos de cidadania, no território.

Com isso, seriam indicados os serviços de referência mais adequados, preferencialmente em territórios de origem do beneficiário. Tal indicação constaria no processo e definiria a modalidade de acompanhamento de cada caso, em cada região.

A sua gestão seria, preferencialmente, estadual, segundo o art. 6º, podendo o município assumir a prerrogativa, subsidiariamente, desde que pactuado junto à CIB estadual e à coordenação estadual da PNAISP. Assim, para habilitação, o ente federativo deveria endereçar à coordenação nacional da PNAISP (art. 9º): apresentar Termo de Adesão, de acordo com um modelo definido na própria Portaria; apresentar Plano de Ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e cadastrar o serviço e a equipe no CNES. No § 1º, do *caput*, foi estabelecido que a EAP poderia ser constituída em UF ainda qualificada ao PNSSP, tornando possível àquelas unidades que ainda não aderirem à PNAISP a criação da EAP.

Quanto à norma que dispôs sobre o financiamento, a Portaria MS/GM nº 95, de 14/01/2014, art. 1º, definiu o Incentivo financeiro fixo, para custeio, aos fundos de saúde dos entes gestores das EAP habilitadas, no valor unitário de R\$ 66.000,00 mensais, repassados fundo-a-fundo, de modo regular e automático.

Já a Portaria MS/GM nº 142, de 28/02/2014, foi publicada com a finalidade orientar o cadastramento da EAP, no CNES, atribuindo a ele o código 49 e possibilitando a sua vinculação aos seguintes tipos de estabelecimentos: Posto de Saúde, Unidade Básica/Centro de Saúde, Policlínica, Unidade Móvel Fluvial, Clínica/Centro Especializado, Unidade Móvel Terrestre, Hospital Dia/Isolado, Secretaria de Saúde e CAPS.

### **3.5.6. Dos sistemas de informações em saúde**

Os sistemas de informações existentes no SUS foram propostas para viabilizar o controle e a análise das situações diversas da saúde da população, em todos os níveis, permite, também, por parte do governo central (a união), o acompanhamento do SUS, nos diversos níveis, a obtenção de subsídios para a gestão estratégica, bem como a fiscalização e o controle dos repasses dos recursos fundo-a-fundo e por meio de convênios. Os seus módulos foram preparados para se tornar aplicáveis aos processos clínicos, administrativos, gerenciais, financeiros, de controle e de logística, permitindo a gestão em todas as dimensões: nominalmente, do usuário, ao universo de pessoas e processos em níveis institucional, municipal, estadual e nacional.

Os principais sistemas para registro da produção e gestão foram objeto de revisão recente, pela direção nacional do SUS. De acordo com as diretrizes da Política de e-Gov, o MS reestruturou seus sistemas de informação em consonância com a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), por meio da Portaria MS/GM nº 589, de 20/05/2015.

Enfatizando a criação de articulações para a produção e aplicação de sistemas de informações em saúde, o MS buscou implementar “padrões de interoperabilidade e de informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS”, por definições constantes na Portaria MS/GM nº 2.073, de 31/08/2011. Sua proposta consistiu de quatro importantes premissas, a saber:

1. Individualização dos dados (permitindo o acompanhamento de cada usuário atendido, assim como a documentação das ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe);
2. Integração dos sistemas de informação oficiais na Atenção Básica (AB), bem como a integração desses sistemas com os outros sistemas do SUS;
3. Eliminação do retrabalho no registro dos dados e a automação dos processos de trabalho;
4. Produção da informação para o usuário e para os profissionais com vistas à gestão e à qualificação do cuidado em saúde. Esta diretriz foi elaborada de forma a apoiar os estados,

Entre os sistemas adotados pelo SUS, destacamos aqueles mais utilizados em redes locais e, especialmente, na atenção básica (MS, 2016b), considerados aplicáveis aos contextos que se articulam e integram a PNAISP:

a) Cadastros Nacionais:

com os sistemas de Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (CadSUS) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo este último utilizado cadastrar e identificar os estabelecimentos do SUS e possibilitar a operacionalização dos Sistemas de Informações em Saúde, a serem utilizados pelos respectivos estabelecimentos, propiciando ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população (MS, 2016b). O CadSUS foi o meio adotado pelo SUS para identificar as pessoas beneficiárias dos serviços de saúde, possibilitando a geração do Cartão Nacional de Saúde e um número individualizado de identificação da pessoa, registrando os seus dados básicos pessoais e de residência, vinculando-o ao território de referência para os dispositivos da rede de saúde (MS, 2016b). O Cartão Nacional de Saúde foi criado como pré-requisito para acesso aos serviços do SUS, devendo ser gerado, a qualquer tempo, pelas unidades de saúde cujos operadores estivessem certificados como cadastradores.

b) Assistência e Gestão

Para a atenção básica concebeu-se a estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) que, de acordo com o MS (2016b), representa um conjunto de aplicações que objetiva reorganizar as informações da Atenção Básica (AB) em todos os níveis de governo, sendo utilizado pelas equipes da AB “com foco no atendimento, permitindo coletar informações individualizadas e não mais no preenchimento de formulários consolidados” (MS, 2013b, p. 8).

O cadastro do e-SUS AB compôs-se de registros individuais e domiciliares, sendo o domicílio inscrito em suas características socio sanitárias (MS, 2013b, p. 8) e gerado Prontuário Eletrônico do cidadão (PEC). Um dos importantes módulos criados foi o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), sendo a sua utilização um requisito para elegibilidade do ente federativo e respectivos dispositivos para financiamento e adesão aos programas e estratégias da PNAB, de acordo com o MS (2014b; 2016g).

Outra aplicação essencial para a gestão é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sendo disponibilizada aos municípios e estados, *online*, para registro e o controle de receitas e despesas, pelos diversos níveis de classificação orçamentária, em relação aos serviços do SUS, nas três esferas de governo. Do mesmo modo, o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS) é uma ferramenta útil aos gestores do SUS, pois auxilia na elaboração e no envio do Relatório Anual de Gestão (RAG)<sup>54</sup>.

O SISPrenatal foi implementado como importante aplicação em operacionalização e gestão da Rede Cegonha<sup>55</sup>, permitindo o cadastramento da gestante, parturiente e nutriz, bem como da criança recém-nascida, garantindo a cada procedimento realizado (atendimentos clínicos, exames, etc.), o monitoramento e a avaliação das condições de beneficiários e da atenção em redes, envolvendo todas as unidades de saúde, da atenção básica à unidade hospitalar de maior complexidade.

Para qualificar a gestão da assistência farmacêutica no SUS, além de auxiliar na garantia do acesso aos medicamentos e insumos farmacêuticos, o MS, em 2009, desenvolveu o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS), sendo útil no controle de estoque, rastreamento de medicamentos e insumos, controle de recursos financeiros da assistência farmacêutica na unidade de saúde e no território, dentre outros.

### c) Ambulatoriais e Hospitalares

O SUS dispunha de sistemas ambulatoriais e hospitalares, registrando históricos de procedimentos clínicos e possibilitando sua gestão. O Sistema de Informação Ambulatorial (SIASUS), utilizado nas unidades ambulatoriais credenciadas pelo SUS, e permitiam o registro dos procedimentos dos prestadores de serviços e os valores correspondentes, do nível municipal, viabilizando, assim, a consolidação territorial, em qualquer nível. O Gerenciador de Informações Locais (GIL) constituiu-se como um sistema de gerenciamento, podendo ser instalado em qualquer unidade, da atenção básica à alta complexidade, congregando os diversos outros sistemas já existentes, por única entrada de dados.

Havia, também o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), que permitiria o registro de dados de produção hospitalar e a consolidação das informações

---

<sup>54</sup> O RAG foi instituído como instrumento de gestão do SUS, consignado no art. 4º da Lei nº 8.142/90, na Lei Complementar nº 141/2012 e na Portaria MS/GM nº 575/2012, sendo obrigatória a sua elaboração e submissão às instâncias de gestão e controle social do SUS, periodicamente.

<sup>55</sup> A Rede Cegonha foi uma das redes prioritárias criadas pelo SUS, para atenção a gestantes, parturientes e nutrízes, além da criança com até 24 meses de idade; foi instituída pela Portaria MS/GM nº 1.459, de 24/06/2011, organizando-se a partir dos seguintes componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação.

estatísticas e financeiras da sua produção. Utilizando informações constantes nos laudos médicos, poderia registrar protocolos baseados em Autorização de Internação Hospitalar (AIH), viabilizando, segundo o DATASUS, a realização de atividades de controle, avaliação e vigilância epidemiológica em âmbito nacional. Além disso, foi disponibilizado o e-SUS Hospitalar que, concebido a partir da implantação da estratégia e-SUS, apresentou funcionalidades para a gestão hospitalar.

#### d) Epidemiológicos e eventos vitais

Entre os sistemas epidemiológicos e de eventos vitais, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mereceu destaque, sendo uma aplicação utilizada para inserção dos dados das notificações de doenças e agravos que figuram na “lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública”, definidas pela Portaria MS/GM nº 1.271, de 06/06/2014, com o propósito de, pelo conhecimento imediato e claro dos fatores epidemiológicos, garantir as intervenções oportunas com a redução dos fatores patogênicos, riscos, incidência e prevalência das doenças e dos agravos.

O SINAN disponibilizou dados e informações essenciais para estudos e compreensão dos perfis epidemiológicos, por recortes socioterritoriais, grupos populacionais, tipos de patologias, contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões por parte das direções do SUS (MS, 2017a). As suas fichas de notificação eram numerosas, sendo a base para o registro em aplicativo na rede mundial de computadores, utilizadas em todos os municípios do país, sendo subdivididas de acordo com o quadro constante no Anexo C deste estudo.

Os dados seriam, então, coletados a partir das Fichas Individuais de Notificação (FIN), sendo estas preenchidas por profissionais que compunham as unidades de saúde cadastradas no CNES. Assim que preenchidas, as fichas seriam remetidas aos serviços, ou unidades, de vigilância em saúde do respectivo município ou DF que, por sua vez, registrariam os dados no sistema específico do DATASUS. Ainda, segundo o MS (2016b), esses dados deveriam ser obtidos por meio da Ficha Individual de Investigação (FII), representando um fluxo de investigações sobre a doença ou agravo notificado, orientando a verificação da sua gênese e dos mecanismos de transmissão.

Nesse mesmo grupo, o SUS contou com o SI-PNI, sendo este um sistema que possibilitaria o controle dos principais aspectos do programa de imunizações. Para o registro de nascimentos, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) passou a ser utilizado para registrar os dados relativos aos nascimentos ocorridos no país, adotando como fonte o

instrumento da Declaração de Nascido Vivo (DN), com dados essenciais, tais como as características da criança e da mãe, condições de saúde de ambos, situações de riscos, período gestacional, locais e dados do parto. Por fim, destacou-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), utilizado para a obtenção regular de dados sobre mortalidade, em cada município, possibilitando o registro de dados sobre mortalidade, análises de fatores causadores e perfis populacionais, planejamento e avaliação das ações e programas em cada território. Traduziu-se em diversos benefícios, como a produção de estatísticas de mortalidade, a construção dos principais indicadores de saúde, as análises estatísticas, epidemiológicas e sociodemográficas.

### **3.5.7. Dos indicadores das redes de saúde**

A utilização de indicadores em saúde tornou-se essencial para a compreensão objetiva da realidade, sendo que a adequada construção e o uso enquanto evidências de realidades tornariam possíveis as tomadas de decisões em prol das necessidades das populações e da administração pública (OPAS, 2008, p. 13). Essas informações consubstanciadas representariam medidas sobre atributos e dimensões de realidade e desempenho da política de saúde, refletindo as condições socio sanitárias e as medidas necessárias ao atendimento das demandas da população, sendo úteis como instrumentos de vigilância e cuidado e para planejamento e gestão do sistema no território. Assim, afirmou a OPAS (2008, p. 13):

A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.

Também nesse caso, o Decreto nº 7.508/2011, enquanto instrumento para orientar a adoção de formas governança em redes, abordou aspectos de planejamento, organização matricial da assistência, articulação interfederativa e regionalização, prestando-se como referência para qualificar os processos de gestão do SUS.

Esse Decreto, somado à Lei Complementar nº 141, de 16/01/2012, colocou o planejamento como eixo central da gestão do SUS, sendo este “um processo ascendente e integrado”, nas três esferas de gestão, que, observando as premissas da democracia

participativa (especialmente por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde), buscou compatibilizar “as necessidades das políticas de Saúde com a disponibilidade de recursos financeiros e o estabelecimento de metas de Saúde” (art. 15). Desse modo, a consolidação da “governança institucional nas instâncias gestoras do SUS”, segundo o MS (2014b, p. 12-13), se daria por meio do reconhecimento das instâncias intergestoras, reforçadas pelo uso do COAP, como instrumentos para “governança sistêmica” da política de saúde.

Assim, foi publicada a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 5, de 19/06/2013, estabelecendo diretrizes e indicadores para o período de 2013 e 2015, objetivando fortalecer o planejamento no SUS, a pactuação e a implementação dos contratos intergestores (síntese representa no Anexo B deste estudo)<sup>56</sup>.

As informações sobre saúde seriam produzidas e disponibilizadas por diversas fontes, um grande mosaico de sistemas e dados registrados sobre as diversas realidades e eventos tratados pelas redes de saúde. Os sistemas de informações em saúde poderiam combinar-se a aplicações e bases de dados de políticas diversas, tais como os demográficos, da proteção social, financeiros, planejamento, políticas de trabalho, previdência social, infraestrutura, etc. Além das estruturas de governos, afirmou a OPAS (2008, p. 14), seriam envolvidos os atores capazes de registrar e compartilhar dados pertinentes à saúde, como “instituições de ensino e pesquisa, associações técnico-científicas, agências não governamentais, organismos internacionais e instâncias de controle social”.

Como retratou a OPAS (2008, p. 15), foi estabelecida uma cooperação com o MS, a partir de 1995, com o objetivo de desenvolver um programa de aperfeiçoamento de informações de saúde no Brasil, contemplando a “capacidade de formulação, gestão e operacionalização do Sistema Nacional de Informação em Saúde”, previstos, então, na Lei nº 8.080/1990. Essa cooperação levou à criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), constituída por grupo de trabalho composto pela Opas, pelo MS, além de instituições relevantes em produção de pesquisas no campo da saúde, como o IBGE, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea).

A Ripsa adotou a estruturação de ferramentas que pudessem contribuir para “aperfeiçoar a capacidade nacional de produção e uso de informações para políticas de saúde”, sendo estas organizadas em indicadores referentes “ao estado de saúde da população e aos

---

<sup>56</sup> Além desse quadro de referência proposto pela CIT, foram considerados, para a PNAISP, os indicadores básicos para a saúde no Brasil, publicados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e referendadas pelo MS (OPAS, 2008).

aspectos sociais, econômicos e organizacionais que influenciam e determinam a situação de saúde”, originando o conjunto de Indicadores e Dados Básicos (IDB).

A OPAS retratou, em seu documento (2008, p. 19), que a base eletrônica do IDB deveria dispor de um aplicativo para tabulação de dados (MS, 2016c), denominado Tabnet, para acesso livre por meio da rede mundial de computadores, possibilitando o acesso aos dados primários e a construção de dados estatísticos, por recortes socioterritoriais, perfis populacionais, tipos de serviços, especialidades, dimensões epidemiológicas, séries históricas, dentre outros.

O quadro síntese de indicadores do IDB foi subdividido nas seguintes classes, considerando-se o território e a população residente: a) Demográficos: distribuição de fatores determinantes da situação de saúde relacionados à dinâmica populacional; b) Socioeconômicos: distribuição dos fatores determinantes da situação de saúde relacionados ao perfil econômico e social; c) Mortalidade: ocorrência e distribuição das causas de óbito no perfil da mortalidade; d) Morbidade: ocorrência e distribuição de doenças e agravos à saúde; e) Fatores de Risco e de Proteção: fatores de risco (por ex. tabaco, álcool), e/ou proteção (por ex. alimentação saudável, atividade física, aleitamento) que predis põem a doenças e agravos ou protegem delas; f) Recursos: oferta e a demanda de recursos humanos, físicos e financeiros para atendimento às necessidades básicas de saúde; e g) Cobertura: grau de utilização dos meios oferecidos pelo setor público e pelo setor privado para atender às necessidades de saúde.

Podendo ser também integrados ao sistema de gestão de informações da execução penal, em especial ao SISDEPEN (MJ e PNUD, 2014, p. 7), os sistemas de informações em saúde que baseariam os dados para produção de indicadores aplicáveis também à PNAISP, se adaptariam aos contextos de custódia e às necessidades e realidades das pessoas que lá se encontrassem, pois estes se configurariam como pontos de atenção, parte da rede, e locais de habitação e trabalho.

#### 4. SOBRE OS RESULTADOS OBTIDOS COM A IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISP

Durante a primeira etapa do trabalho consultivo realizado junto ao DEPEN e ao PNUD, foi possível analisar a atenção básica enquanto principal dimensão da PNAISP (FIGUEIREDO, 2016a). Esperávamos que, como a cobertura da PNAB tornou-se ampla e capilarizada no país, esse crescimento do acesso potencial preencheria as lacunas assistenciais existentes entre as populações que viviam em prisões.

Em março de 2016, o país alcançou uma cobertura de 63,83%, de ESF e 66,54%, de ACS, com os seguintes serviços básicos: o total de ACS era de 265.480, em todos os municípios brasileiros, e 183.282, nos municípios com unidades de custódia; 40.155 ESF estavam implantadas no país, sendo 27.439 em municípios com unidades de custódia; 24.462 Equipes de Saúde Bucal (ESB) atuavam no país, sendo 14.172 em municípios com unidades de custódia; e 4.317 NASF, em todos os municípios, sendo 2.257 em municípios com unidades de custódia.

Desde a publicação da PNAISP, houve sensível ampliação da cobertura dos serviços de cuidados em saúde da população em prisões (um crescimento de 7,7%), considerando, ainda, a taxa de encarceramento média de 6,6% ao ano (estimada durante o período dez/2000-jul/2016). Nesses contextos de redes, em relação aos serviços que referenciam a população sob custódia, observou-se que 455 equipes válidas eram tipificadas como PNAISP ou PNSSP e que atendiam à população prisional em 437 unidades de custódia, ofertando um acesso potencial a 276.173 custodiados, ou 41,8%, sendo que 30% da população total em prisões era atendida por serviços remunerados pelo FNS. No Anexo R, deste documento, é apresentado esse detalhamento.

As unidades federativas que mais avançaram na requalificação das equipes PNSSP e consequente conversão aos serviços PNAISP, com ampliação da cobertura, obtiveram ganhos de incentivo significativos (em 2016), quando comparadas ao exercício de 2013, sendo elas: AC (93%), AM (76,5%), DF (84,4%), MA (97,3%), MSul (84,7%), PE (93,6%), PR (82,8%), RS (88%), SC (94,6%) e TO (92,2%). Nesse período, o aumento médio de valores de incentivos, no país, foi de 76,8%. No Anexo T, vê-se o somatório de valores repassados às unidades federativas, para serviços PNSSP (desde 2004) e PNAISP (desde 2014).

Até o período de levantamento desses dados (março/2016), AP, MT, RJ, RR e SE não contavam com serviços cadastrados na perspectiva da PNAISP. O estado de RJ, por sua vez, era o único estado considerado inelegível ao recebimento de recursos, desde o exercício de

2013 (ainda sob os efeitos da Portaria MS/GM nº 2.801, de 28/11/2011, que suspendeu provisoriamente os incentivos PNSSP). As UF qualificadas ao recebimento de recursos de serviços PNAISP eram (MS, 2016b): AC, AM, DF, MA, MSul, PA, PE, PI, PR, RS, SC e TO.

Destacamos, especialmente, o estado do Rio Grande do Sul, que instituiu uma política específica, integralizando o valor correspondente ao financiamento participativo previsto na PNAISP e conduzindo à municipalização dos serviços; e o estado de São Paulo, com a adesão de cerca de 34 municípios, pela deliberação CIB-62/2012, alcançando a 54 unidades de custódia, por meio de estratégias que possibilitaram a pactuação de governos locais, incentivaram financeiramente a oferta de serviços e favoreceram o acesso de custodiados às redes de saúde. Essa estratégia dimensionou as equipes do seguinte modo: Equipe Mínima de Saúde para referenciar de 500 a 1.200 custodiados, composta por um profissional de medicina (20h/semanais), um de odontologia (20h/semanais), para enfermagem superior (30h/semanais), dois Auxiliares de Enfermagem (30h/semanais).

Como realizado durante a implementação do PNSSP, e de modo mais intensivo após 2013, foram articuladas iniciativas nacionais e locais do PNCT, em capacitações, estudos e apoio para desenho e fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico, notificação e tratamento de tuberculose. Do mesmo modo, foram integradas ações e serviços para vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais, para a prevenção, o diagnóstico, o rastreamento e a adoção de protocolos e diretrizes terapêuticas específicas, além da ampliação da cobertura vacinal para a totalidade da população custodiada, sob a coordenação do PNI em âmbitos nacional, estaduais e municipais.

Porém, ainda que fosse premente a necessidade de ampliação da PNAISP, baseado em critérios técnicos e na demanda emergente, verificou-se limitações inerentes ao plano orçamentário e financeiro para esse propósito. Durante as interlocuções mantidas com a gestão da PNAISP, no âmbito do DEPEN, na fase inicial deste estudos, foram observadas algumas questões ainda determinantes: restrições orçamentárias estabelecidas ao FNS (o que reduziu os recursos destinados à PNAISP, no âmbito do MS); limitações econômicas e técnicas, vividas por gestões estaduais, para adequação de unidades de custódia (com populações superiores a 100) aos critérios da PNAISP para ambiência de estabelecimentos de saúde a serem habilitados; crescimento significativo da taxa de encarceramento, impossibilitando a criação de condições de infraestrutura, recursos humanos e tecnologias suficientes e em tempo, dentre outras.

Quanto aos profissionais cadastrados nos serviços que contavam com equipes habilitadas ao PNSSP e à PNAISP, registrava-se um universo de 8.605, sendo que somente

parte destes compunham as equipes de atenção à população prisional (MJ, 2016b). A base consultada no CNES, permitiu a construção de uma estimativa de 7.306 profissionais de nível superior e médio previstas para as equipes tipificadas na PNAISP. No Anexo V, expõe-se esse quadro geral, por unidade federativa e função.

Constatou-se que os profissionais predominantes faziam parte dos grupos de Médicos (12,9%), Enfermagem superior (11,3%) e Auxiliar/Técnico em Enfermagem (20,4). Considerando-se apenas as funções previstas na PNAISP, obteve-se um universo de 7.306 profissionais cadastrados em serviços que referenciavam a população custodiada.

Nesse conjunto de profissionais - Cirurgião Dentista, Enfermeiro, Farmacêutico, Assistente Social, Médico, Psicólogo, Outros especialistas de saúde (fonoaudiologia, terapia ocupacional, educação física, nutrição, pedagogia), Técnico/Auxiliar de Enfermagem, Técnico/Auxiliar Saúde Bucal e outros técnicos e auxiliares de saúde – as UF que mais os alocaram foram: MG (963), SP (803), MSul (580), GO (517), RS (462), TO (399) e AM (379). No quadro constante no Anexo X, observa-se o número médio de custodiados, por grupos de profissionais e unidade federativa.

As UF que garantiram a maior proporção de profissionais PNAISP/PNSSP por população prisional referenciada em unidades com serviços habilitados foram: SP (286,1), PI (248), RJ (182), ES (173,8), PA (139,8), PR (127,8) e PE (127,7), sendo que os serviços característicos da PNAISP, habilitados com os componentes de saúde mental, representavam uma parcela importante. Os dados referentes ao estado de RR não constavam no arquivo do CNES que registrava os profissionais das equipes.

A população custodiada referenciada por equipes PNAISP e PNSSP totalizava 286.478 pessoas (43,4%), sendo que 187.600 (88,81%) encontravam-se em municípios cujas taxas de cobertura de CAPS eram consideradas razoáveis ou suficientes. Já a população referenciada por equipes PNAISP com componente saúde mental totalizava 67.218 pessoas, sendo 10,18% do total de custodiados e 23,46% da população referenciada por equipes PNAISP e PNSSP, concentrando-se em municípios cujas taxas de cobertura de CAPS eram consideradas razoáveis ou suficientes, somando 45.906, ou 68,29% do total. No Anexo AC, foram detalhados esses indicadores, por unidade federativa.

Em oposição à alta frequência de pessoas custodiadas em territórios com taxas de cobertura mais relevantes em RAPS, havia a predominância dessa população em municípios com cobertura de ESF insuficiente para alcançar as demandas mais comuns da população geral. Observou-se que 258.219 (39,12%) viviam em unidades localizadas em municípios com baixa

cobertura de ESF (abaixo de 50,01%) e 201.340 (30,5%), onde havia média cobertura de ESF (entre 50,01 e 80%). A população referenciada por equipes PNAISP e PNSSP, por sua vez, era maior em municípios cuja cobertura ESF era média (70.412, ou 24,58%) e acima de 80% (92.096, ou 32,15%). No Anexo AD, tem-se esse demonstrativo.

Constatou-se que 28,46% da população custodiada encontrava-se em municípios com cobertura CAPS razoável, e 36,41% em municípios com cobertura suficiente. Por sua vez, 29% das pessoas em cumprimento de medidas de segurança estavam custodiados unidades localizadas em municípios com cobertura CAPS razoável e 33,39%, em municípios com cobertura suficiente. As UF que se destacaram pela totalidade da população custodiada em municípios com coberturas razoáveis e suficientes foram AL e PI. Esses dados são consubstanciados no quadro constante no Anexo AE.

Por outro lado, 20,9% da população custodiada encontravam-se em municípios com coberturas CAPS inexistentes e 14,24%, em municípios com cobertura crítica e insuficiente; 29,49% das medidas de segurança, segundo os dados adaptados (MJ, 2016b), estavam em municípios com cobertura CAPS inexistente e 8,13%, em municípios com cobertura crítica e insuficiente; 33,5% das pessoas em medidas de segurança localizavam-se em municípios com cobertura CAPS inexistente e 3,21% em municípios com cobertura crítica e insuficiente.

Quanto à atenção em média e alta complexidades, percebeu-se que a discussão em torno do número de serviços disponíveis nos territórios auxiliou na compreensão da oferta, mas não possibilitou aferir, em princípio, a real cobertura populacional e o acesso potencial pelos custodiados. Durante a análise realizada a respeito desses níveis mais especializados, junto ao PNUD e ao DEPEN (em 2016), coube lançar mão dos indicadores do IDSUS, utilizado também pela PNAISP para retratar as realidades socio sanitárias, potenciais acessos e a efetividade na oferta da atenção à população geral.

O IDSUS apresentou-se como o principal referencial para que se pudesse deduzir as capacidades dos territórios em atender às demandas para média e alta complexidades por parte da população custodiada, tornando-se essencial para determinar o elemento compensatório do incentivo financeiro da PNAISP (ver Portaria MS/GM nº 482/2014 e anexos). Ainda que publicado em 2012, referindo-se ao período de 2011, o IDSUS nos conduz à percepção das realidades de cada município, sinalizando se haveria condições mais adequadas para se garantir a atenção às demandas da PPL, em qualquer nível de atenção.

Dentre aqueles indicadores que compunham esse índice (detalhados no Anexo D, deste estudo), foram considerados os dados sobre o acesso potencial ofertado, o acesso efetivamente

obtido pela população, a efetividade e o grau com que ações e serviços alcançaram seus resultados (MS, 2013a), enfatizando os indicadores específicos da atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, das referências de média e alta complexidades e de atenção em urgências e emergências. Considerando, então, os valores de referência desses indicadores, obteve-se um quadro geral de municípios com suficiência em relação às modalidades de média e alta complexidades, na perspectiva do IDSUS, demonstrado no Anexo AG deste estudo.

Constatou-se que a média de acesso em municípios que apresentaram indicadores de suficiência nessas modalidades foi de 30,7% (810 municípios). As UF com a melhor média de municípios foram as seguintes: PR (32%); RO (31,6%); SP (30,9%); GO (30,4%); RS (30,4%); BA (30,35%); PI (30,1%); TO (30,1%). As demais UF apresentaram médias entre 28 e 30%. Por seu turno, ao considerar somente os municípios com unidades de custódia, obteve-se um cenário semelhante, como retratado no Anexo AH.

Observou-se que a média de acesso esperado em municípios onde se instalaram unidades de custódia, e que apresentaram indicadores de suficiência nessas modalidades, foi de 29,9% (637 municípios). As UF com a melhor média de municípios com unidades de custódia foram as seguintes: PI (32,54%); PR (32%); RO (31,8%); AC (31%); TO (30,9%); RR (30,5%); GO (30,5%); BA (30,5%); MSul (29,9%). As demais UF apresentaram médias também muito baixas, como na população geral, estando seus resultados entre 28,5 e 29,7%.

Havia alta proporção de população privada de liberdade (acima de 1% em relação à população geral) em 121 municípios; destes, 79 apresentavam baixo IDSUS (GH5 e GH6) e somavam 147.636 custodiados (22,4%) em unidades localizadas em seus territórios, sugerindo que estes deveriam ser considerados territórios prioritários no âmbito da PNAISP. Por outro lado, 429.000 custodiados (65%) encontravam-se em unidades prisionais localizadas em 514 municípios com bons ou razoáveis desempenhos do SUS e capacidades de oferta de atenção, em sua rede, isto é, em GH 1,2 ou 3.

Pudemos inferir que, diante da capacidade de oferta dos serviços da RAS nesses municípios, dadas as possibilidades de acesso regulado, mediante pactuações, as chances de reconhecimento e atendimento das demandas mais complexas da população custodiada poderiam se ampliar. No entanto, essas capacidades não indicaram, necessariamente, que a população prisional usufruía desses recursos, sendo que isso só poderia ocorrer se associado diretamente aos esforços combinados dos sistemas de saúde e justiça para produção de planos e acordos nos territórios.

#### **4.1. Fatores críticos observados: do propósito inclusivo da política e os limites para o pleno acesso**

Vários tensionamentos surgidos ao longo do tempo serviram como barreiras para inclusão da população custodiada no sistema de saúde pública e implicado na redução do ritmo dos processos de pactuação e constituição de serviços nas diversas regiões do país, comprometendo a oferta do cuidado em saúde. Essas dificuldades foram percebidas desde os primeiros passos na implementação do PNSSP, assim como durante os primeiros anos da PNAISP.

Observamos que, a partir as primeiras qualificações estaduais ao plano inicialmente publicado (em 2003), não houve cumprimento adequado, por parte de alguns entes federativos, de exigências preconizadas pela legislação pertinente e pelos acordos firmados: a prestação de contas e a elucidação, por meio de relatórios de gestão, dos procedimentos executados, resultados e formas de utilização dos recursos alocados.

Ademais, com a qualificação das unidades federativas e as habilitações das equipes relativas ao PNSSP, foram recorrentes as dúvidas e as dificuldades acerca da utilização dos recursos do incentivo. O resultado disso foi a retenção de grande parte dos recursos nos fundos estaduais, imobilizados e sem garantias de alocação em gastos que teriam a utilidade no atendimento às demandas da população custodiada. Esses fatores comprometeram a adoção de medidas de correção de rumos oportunas, adequação em estratégias de gestão e outras formas reparadoras, no âmbito do governo federal.

Assim, como a portaria instituidora do PNSSP, a Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014 previu, no art. 16, inciso I, alínea “d”, e art. 17, inciso VI, que estados, DF e municípios deveriam “implantar e implementar protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados”. Entretanto, desde os estudos realizados pelo DEPEN em 2009, foram observadas limitações na utilização de protocolos mínimos para atendimentos iniciais e diagnósticos, ainda na porta de entrada, causado especialmente pelo excessivo fluxo de inclusões nas unidades de custódia, dificultando a atuação imediata das reduzidas equipes de saúde em alguns territórios (quando se tratava de unidades para prisão provisória, os entraves eram maiores).

A cobertura insuficiente verificada neste estudo nos indicou que essa ação crucial ainda representava importantes lacunas em grande parte dos sistemas. Desse modo, restringia-se a avaliação das condições gerais de saúde, desde o acesso à unidade de custódia, com

diagnósticos escassos e insuficientes para identificar fatores mais significativos e queixas, bem como o histórico de saúde do indivíduo, e adoção de medidas profiláticas ou a inserção em programas assertivos de tratamento.

Outra abordagem de uso limitado era a notificação de agravos, na perspectiva da Portaria MS/GM nº 1.271/2014, que definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e tomadas de decisões pertinentes. Especialmente, a notificação da tuberculose encontrava campo específico para registro da condição de institucionalização em prisões<sup>57</sup>, a ficha de investigação de hepatites virais, assim como a notificação de violência interpessoal e autodirigida pôde ser também associada aos agentes da lei enquanto causadores ou pessoa com a qual se estabelecia relação institucional - mas, não foi possível a identificação de condição de custodiado, tornando difícil a leitura da tortura em prisões, por exemplo – (MS, 2017a).

Ainda sim, foi possível atestar que essas ações de porta de entrada eram praticadas em diversas regiões, especialmente naquelas que contavam com equipes e ambiências adequadas, verificadas por meio da consultoria PNUD em 2016-2017 e pelas interlocuções, avaliações e monitoramentos durante os trabalhos de assessoramento técnico que realizamos no DEPEN e no MS, entre 2010 e 2013, a saber: CR de Limeira (SP); Penitenciária Estadual de Rio Grande (RS); Penitenciária I, de Franco da Rocha (SP); Penitenciária Feminina Madre Pelletier (RS); Presídio Central (RS); Complexo Penitenciário de Viana (ES); Complexo Penitenciário de Gericinó (RJ); Penitenciária Dênio Moreira de Carvalho (MG); Centro de Detenção Provisória (DF); dentre diversas localizadas nos demais estados.

Entre as principais preocupações das equipes de saúde, durante a fase de inclusão na unidade, estavam a utilização dos testes rápidos para diagnóstico do HIV e exame de sintomáticos e coleta de material para diagnóstico de tuberculose, sendo que as unidades de custódia que contavam com centros de referência para esse tipo de doença, a exemplo do Complexo Penitenciário de Viana (ES), Hospital Geral e Sanatório Penal Professor Otávio Lobo (CE), Presídio Central (RS) e COTEL (PE), ampliavam as chances de detecção da sua precoce.

---

<sup>57</sup> Alguns dados referentes ao ano de 2013 nos deram indicativos importantes, que confirmaram as alegações referentes às notificações de tuberculose no país. Em 2012, foram registrados 88.089 casos de tuberculose, em 3.733 municípios, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (MS, 2014c). Do total de municípios que notificaram esses casos, somente 521 registraram a informação referente à condição de institucionalização, ou, “população prisional”, totalizando 6.042 casos confirmados entre os custodiados, em um universo de 81.531 presos; os demais presos (471.000, em 1.300 municípios que têm prisões em seus territórios), não tiveram seus casos notificados ou, quando sim, não foram diferenciados da população geral. Assim, os casos de tuberculose confirmados em 2012, referentes à população prisional, representavam 42% dos casos notificados pelos 521 municípios que diferenciaram a população prisional da população geral, indicando haver subnotificações.

O entendimento evidenciado pelas equipes de saúde era de que os protocolos de porta de entrada e o rastreamento de demandas, com a detecção precoce de doenças, quando adotados de modo contínuo e abrangente, criavam fortes implicações no cotidiano das unidades de custódia e permitindo a adaptação das práticas dos serviços de saúde e demais atividades penais às realidades epidemiológicas com as quais se deparavam,

Essa concepção comum aos profissionais [com os quais pudemos interagir por meio das ações decorrentes da observação participante] indicava ser possível gerar efeitos positivos ao longo da trajetória prisional do custodiado, reduzindo o risco de agravos - agravamento de sintomas da doença, comorbidades e eventuais contágios e efeitos sobre a coletividade - além de tornar mais resolutivas as ações das equipes de saúde e reduzir a frequência das saídas para as redes locais.

A superlotação e as precárias condições de custódia representaram aspectos mais restritivos para adoção de linhas de cuidado e adequada compreensão das demandas das pessoas custodiadas, ainda que as equipes mantivessem contínua preocupação e comprometimento. Somavam-se a esses fatores as dificuldades inerentes à disponibilidade de agentes de segurança prisional e pessoal de apoio, sempre em número escasso, em função do reduzido quadro funcional existente nas Secretarias de Administração Prisional, ou congêneres, e de saúde. Assim, ao contrário do que pretendia, quando se tornavam escassas as frequências de intervenções diagnósticas precoces, as principais condutas clínicas adotadas em diversos contextos passavam a ser os trabalhos eminentemente curativos e os procedimentos de urgência e emergência. Em função disso, os eventuais deslocamentos de pessoas custodiadas, para atendimentos em redes locais, ficavam comprometidos.

Além de levar ao agravamento das condições de saúde, quando não se atuava em portas de entrada, ocorria o recrudescimento de uma prática seriamente observada em contextos de prisões, especialmente aquelas mais populosas: o excessivo uso de medicamentos; especialmente, a prescrição intensa de psicotrópicos - ansiolíticos, antidepressivos, analgésicos, dentre outros - tidos como os mais comumente dispensados, em parte pela necessidade de amenizar o sofrimento psíquico que se origina do confinamento, em parte pela abstinência no uso de drogas psicotrópicas e pela necessidade dos serviços penais em reduzir as tensões no interior da unidade.

Esse fenômeno da medicalização intensa, notadamente com drogas psicotrópicas, suscitou algumas indagações: seria um indicativo de uma proposital alternativa para contenção de custodiados e redução de tensões internas às unidades, caracterizando-se como clara

produção de dependência química por parte do próprio estado, ou seria indicativo do intenso e amplo sofrimento psíquico vivido pela população em prisões, agravado pela superlotação, pela violência interna e pelas escassas atividades integrativas, ocupacionais, educativas e de cuidado?

Quanto aos subsídios financeiros necessários aos serviços dessa política de saúde, cabe lembrar que o art. 7º, da Portaria MS/GM nº 482/2014, estabeleceu que recursos para custeio mensal de serviços seriam transferidos pelo FNS aos Fundos de Saúde dos estados, DF e municípios qualificados à PNAISP, condicionados à oferta dos serviços de atenção à população custodiada (§ 1º). Além disso, de acordo com o § 2º, do *caput*, os estados e o DF deveriam integralizar o correspondente a 20% do subsídio da equipe habilitada, compondo, com o recurso federal, a integralidade do incentivo destinado ao serviço; o resultado da soma do valor do serviço, constante no Anexo I, da Portaria MS/GM nº 482/2014, ao valor resultante da aplicação do índice de compensação previsto nos Anexos II e III, da mesma norma.

Durante o processo de planejamento e pactuação da PNAISP, especialmente em 2013, período em que pudemos participar do grupo de trabalho do MS, convencionou-se que os valores correspondentes ao incentivo mensal dos serviços seriam garantindo solidariamente pela União e pelos estados e DF. Assim, caberia ao FNS a responsabilidade pelo repasse de 80% dos valores de cada serviço, sendo a complementação realizada pelo Fundo Estadual de Saúde da unidade federativa gestora da política em âmbito estadual, compondo, assim, o valor integral previsto na Portaria MS/GM nº 482/2014 (MS, 2013c).

Entretanto, verificou-se que a decisão do MS em repassar o valor total dos serviços, para posterior financiamento participativo foi mantida, ao contrário das estimativas e ponderações feitas durante as pactuações junto ao DAPES e à Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento (CGPO), da SAS. Isso levou a um gasto adicional médio de, aproximadamente, R\$ 540.000,00 mensais - cálculo este baseado nos valores concedidos em março/2016, período de elaboração do relatório referente à atenção básica na PNAISP junto ao PNUD e ao DEPEN (em 2016).

As interlocuções mantidas ao longo do estudo empreendido junto ao PNUD nos levaram a constatar que persistiam dúvidas quanto ao cumprimento desse requisito, com o entendimento de que caberia a contrapartida indireta a ser concedida pelo estado, como era praticado em relação ao PNSSP. No entanto, na PNAISP, não se admitia a “contrapartida indireta”. Portanto, de acordo com a Portaria MS/GM nº 482/2014, seriam depositados, pelo

SUS estadual, os recursos pertinentes ao financiamento participativo em fundos de saúde do respectivo estado e/ou do município que assumisse a pactuação no âmbito da PNAISP.

Em relação às formas de gestão, em âmbito federal, foram observadas reduzidas práticas de regulação pelo governo central (especialmente as avaliações e os monitoramentos) e enfraquecimento nos processos de assessoramento aos entes federativos para pactuações, organização de serviços e ofertas de cuidado e inconsistências quanto aos critérios para priorização das equipes habilitadas. Por outro lado, cada vez mais, os governos estaduais atuaram em sua função regulatória e seu papel enquanto catalisadores na formação de planos e acordos locais, além de serem os principais financiadores em seus territórios.

Pelos diálogos com os atores locais e o DEPEN, além da comparação entre as realidades sociosanitárias dos territórios e as habilitações dos serviços pelo MS, concluiu-se que não foram consideradas, em diversos casos, as condições críticas dos municípios e das unidades referenciadas, sendo que este foi tratado como um quesito importante para priorização de habilitações de serviços PNAISP, quando do planejamento e da pactuação em 2013.

O documento intitulado *Relatório de Gestão 2013 – Secretaria de Atenção à Saúde* (MS, 2014a, p. 141-142) traduziu o que foi definido como regra de priorização para habilitação dos serviços inerentes à nova política:

Temos para 2014 o desafio de implantação e implementação da PNAISP, em que serão concentrados esforços em habilitar serviços e equipes de saúde no sistema prisional segundo os seguintes critérios:

- a) Municípios com unidades prisionais com equipes habilitadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP);
- b) Municípios com alta taxa de presos (10% ou mais) e baixo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) (GH 4,5 e 6);
- c) Municípios com unidades prisionais adensadas, ou seja, acima de 1000 pessoas privadas de liberdade;
- d) Municípios com unidades prisionais com até 100 pessoas privadas de liberdade;
- e) Municípios com unidades prisionais com mulheres privadas de liberdade.

Serão priorizadas também as unidades federativas que apresentem condições estruturais e instrumentais favoráveis para vinculação de um [sic] equipe PNAISP, e que não contam, atualmente, com equipes do PNSSP.

Com base nesses critérios, a equipe técnica da Coordenação de Saúde no Sistema Prisional ampliará os diálogos com as referências técnicas estaduais para a seleção das unidades prisionais prioritárias, para a elaboração dos protocolos necessários para a adesão estadual e para a configuração das equipes a serem implantadas.

No Anexo AO, deste estudo, vê-se o quadro de unidades prisionais com população custodiada acima de 1.000 que ainda não contavam com o referenciamento por equipes PNAISP habilitadas e destinatárias de subsídios do FNS. Nota-se que algumas equipes segundo o modelo PNAISP foram cadastradas e validadas pelo CNES (em 7 unidades de custódia), mas

que não estavam habilitadas ao recebimento dos recursos do incentivo até abril/2016. Essas unidades totalizavam 130 que, somadas as respectivas populações, alcançavam a 225.929 custodiados. Destas, 32 encontravam-se em municípios com desempenhos do SUS considerados ruins (IDSUS 5 e 6), com proporções das populações custodiadas em relação às populações gerais municipais que superavam a 1%.

Em 148 unidades de custódia que contavam com equipes habilitadas à PNAISP (relacionadas no Anexo AP), que somavam 100.155 custodiados referenciados diretamente, verificou-se o seguinte quadro: 41 mantinham populações inferiores a 100 custodiados, em municípios que, em sua maioria, apresentavam proporções da população custodiada em relação às populações gerais inferiores a 1%. Entre as unidades que contavam com os serviços subsidiados pela PNAISP, 36 apresentavam populações custodiadas superiores a 1.000, em 21 municípios com proporções de custodiados em relação às populações locais superando a 1%.

Após esse trabalho mais intensivo de habilitações de serviços, a atuação do MS tornou-se mais tênue, entre 2015 e 2016, com a extinção provisória da área técnica de saúde da pessoa privada de liberdade e redução da sua autonomia gerencial, deslocando-a do DAPES para Departamento da Atenção Básica (DA). Somou-se a isso o fato de que não se constituiu o coletivo nacional [em Comitê para gestão colaborativa da política] composto minimamente pelo MJ, MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), comprometendo a gestão nacional da PNAISP em diversos aspectos.

Desde a publicação da PNAISP, por esforços conduzidos pelas coordenações estaduais, essencialmente, ocorreu uma ampliação relativa do acesso potencial aos serviços de saúde, por parte da população custodiada. Mas, verificou-se que as habilitações de equipes segundo o novo modelo, especialmente a reclassificação das antigas equipes PNSSP não foram suficientemente realizadas, tanto pelas dificuldades inerentes às pactuações locais, composição de equipes e adequação dos pontos de atenção, quanto pela escassez de recursos do FNS para atendimento às demandas dos sistemas locais<sup>58</sup>.

Durante a implementação do PNSSP e dos primeiros anos da PNAISP, foi possível atestar que as participações dos municípios na construção e na execução de planos de atenção à saúde da população que vivia em prisões eram insuficientes. Com a publicação da PNAISP, em

---

<sup>58</sup>O art. 21 da Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014, bem como o art. 3º, da Portaria MS/GM nº 305/2014, estabeleceram que as conversões das equipes habilitadas ao PNSSP em equipes PNAISP deveriam ocorrer até 31/12/2016. Por seu turno, a Portaria Interministerial MJ/MS nº 24, de 05/01/2017, art. 1º, prorrogou esse prazo para 31/12/2017, sendo que, a partir dessa data, as equipes existentes e ainda estruturadas segundo a Portaria Interministerial MJ/MS nº 1.777/2003 serão desabilitadas.

primeiro momento, intensificaram-se adesões municipais, motivadas pela expectativa de acesso a recursos financeiros superiores aos valores estabelecidos para o PNSSP.

Mas, a restrição da agenda orçamentária da PNAISP no MS, entre 2015 e 2016, reduziu perspectivas para novos serviços e para o engajamento dos municípios. Com a limitação do volume de recursos do FNS para subsidiar novos serviços para atenção aos privados de liberdade, a habilitação de novas equipes cessaram provisoriamente, até dez/2016, reduzindo interesses e esforços dos governos locais na constituição desses serviços, de planos de ação locais e pactuações em seus contextos regionais e restringindo a ampliação e o fortalecimento dos serviços pelos estados.

Tendo ampliado o acesso potencial da população custodiada na atenção básica, a PNAISP ainda não havia alterado de modo muito significativo as estratégias comumente utilizadas pelos sistemas prisionais para ofertar a atenção à saúde aos custodiados: os serviços eram estruturados e geridos substancialmente pelas autoridades prisionais, o que distanciava as pessoas que viviam em prisões das possibilidades de constar nas agendas de pactuações da RAS nos territórios, em todos os níveis de atenção.

As redes de saúde, em geral, não se dirigiam suficientemente pelas necessidades de saúde da população custodiada, produzindo, ainda, escassos dispositivos que sejam capazes de interagir com o sistema de justiça. Contudo, quando firmaram pactuações em parte dos territórios em função do PNSSP e, posteriormente, da PNAISP, ocorreram alguns movimentos importantes, com transposições importantes na execução das ações de saúde com as unidades de custódia e progressiva responsabilização das redes. As experiências observadas nos estados que se dedicaram mais à integração dessa política às redes loco regionais indicaram ter havido melhor ampliação e alguma consistência, com a superação de diversas dificuldades. Quando envolvidas as ações e os serviços de média e alta complexidades, a pactuação entre sistemas de justiça e de saúde seria imprescindível, tanto em âmbitos locais quanto regionais.

O IDSUS surgiu como o principal dado para auxiliar na compreensão da cobertura – acesso potencial e efetividade na atenção – das modalidades mais complexas. Por meio desse índice, identificou-se a predominância de maior parte da população custodiada em municípios com bons ou razoáveis desempenhos do SUS e capacidades de oferta de atenção, em sua rede, isto é, em GH 1,2 ou 3. Pelos dados obtidos, inferiu-se que, em média, 60% da população custodiada no país vivia custodiada em municípios que ofertavam serviços especializados, o que não indicava, entretanto, serem por elas acessíveis, especialmente em função das

insuficientes formas de agenciamento pela atenção básica (lembrando que o acesso potencial aos serviços primários não ultrapassava a 41%).

Assim, diante da capacidade de oferta dos serviços da RAS nesses municípios, dadas as possibilidades de pactuações e acessos regulados, as chances de atendimento às demandas mais complexas poderiam se ampliar, algo que dependeria dos esforços de acordos entre os sistemas de saúde e justiça para produção de dispositivos e para viabilizar o acesso necessário.

A construção do IDSUS nos permitiu compreender que os indicadores de acesso e efetividade da atenção básica contribuíram de modo sensível para melhorar os resultados gerais dos municípios para os níveis mais complexos. Esse nível primário de atenção foi responsável pela maior parte das demandas dos territórios, atuando como porta de entrada para serviços mais complexos e como ordenadora do acesso e contribuindo em todas as etapas da atenção. Percebeu-se, pelos dados obtidos e conteúdos dos textos analisados, que o grau de implementação dos serviços típicos da atenção básica, nas regiões analisadas, levaram à redução dos impactos da escassez dos serviços mais especializados.

Esses fatores de acesso e efetividade, dependiam sobretudo das pactuações locais, das capacidades geradas pelos dispositivos da atenção básica e sua oferta na atenção, dos esforços realizados nas unidades de custódia para identificação de condições de saúde, demandas e riscos existentes, além da capacidade que os atores locais dos serviços penais e sanitários em referenciar as pessoas custodiadas desde as suas necessidades mais básicas até as mais emergentes e crônicas, em cada etapa ao longo do cumprimento da pena. Nesses casos, os planos de ação de redes deveriam ser pensados para contemplar, igualmente, as demandas das populações das unidades de custódia<sup>59</sup>.

Havia um número significativo de unidades de custódia com ambiências para atenção à saúde, especialmente pelo fato de terem sido apoiadas tecnicamente e financeiramente pelo DEPEN que adotou como critério para as concessões, a observação às normas da justiça criminal e do SUS para arquitetura penal e constituição de pontos de atenção em saúde. Ainda que as equipes não fossem habilitadas segundo os parâmetros de elegibilidade consignados nas PNAISP, coube considerar a necessidade de registra-las na base do SUS, adequando-as à perspectiva da vigilância em saúde e das regras do CNES para registro.

Ficou evidente a necessidade de fortalecimento da abordagem territorial, nas perspectivas municipais e regionais, com a garantia de um arranjo local que promovesse a

---

<sup>59</sup> Vimos que o dimensionamento das necessidades e os ajustes das pactuações por procedimentos mais especializados, afetariam as estimativas para os recursos do teto financeiro de média e alta complexidades, além de mobilizar de modo mais assertivo os recursos dos sistemas prisionais.

sustentação das ações e serviços básicos, para permitir o acesso efetivos aos serviços mais especializados, pela população privada de liberdade. Ainda, o fato do MJ e MS terem protagonizado os principais esforços para estruturação de ambiências de atenção à saúde da população privada de liberdade, cooperado com algumas unidades federativas na construção dos planos locais para organizar os serviços e ofertar o cuidado, acabou promovendo, em certa medida, avanços político-institucionais. Isso reforçou especialmente o papel do DEPEN enquanto importante ente público dedicado à superação das injunções identificadas e redefinição dos modelos de atendimento, em termos gerais e em relação à saúde, às demandas dos custodiados e de renovação das formas de gestão prisional.

Como tratado anteriormente, desde a publicação da PNAISP, percebeu-se uma relativa ampliação do acesso potencial aos serviços de saúde, de 23%, em 2013, para 30,7%, em 2016. Algo marcante nesse processo foi a crescente responsabilização dos municípios, claramente motivados pelo aumento do incentivo por serviços, que representavam 23% das equipes habilitadas, em 2013, e 70% de equipes, em 2016.

Com estabelecimento de termos de convênios junto aos estados e ao DF, com a alocação de recursos para a estruturação de unidades de saúde, o DEPEN contribuiu para a extensão da PNAISP. Ao estabelecer uma agenda financeira significativa, especialmente após 2014, esse órgão da justiça criminal contribuiu para a criação de condições que poderão afetar positivamente a mais de 70% da população que vive em unidades de custódia, além de viabilizar a constituição de serviços de saúde adequados e à oferta da atenção.

O levantamento de infraestrutura realizado pelo DEPEN (MJ, 2016b) retratou a existência de ambiências para atenção em saúde, em 928 unidades de custódia, sendo que 421 foram validadas pelo CNES, incluindo estabelecimentos de saúde na comunidade. Em nosso trabalho consultivo junto ao PNUD e ao DEPEN (FIGUEIREDO, 2016a; 2016b), observamos que o MS e o MJ contribuíram para a melhoria das ambiências das unidades de saúde, financiando a instalação e a complementação de serviços de saúde em unidades de custódia, sendo que anualmente foram publicadas Portarias com a especificação de critérios, limites financeiros e prioridades para aparelhamento e reaparelhamento de unidades básicas de saúde, por meio de convênios. Esse esforço iniciado em 2006, por convênios e contratos de repasses, teve um custo de R\$ 50.620.711,13, beneficiando a mais de 595.000 pessoas em privação de liberdade, em 808 unidades de custódia (MJ, 2016b).

Além das estruturas para atenção básica, o DEPEN financiou a implementação de dos 43 Centros de Referência à Saúde Materno-Infantil (CRMI), possibilitando a 99,1% das

mulheres custodiadas o acesso potencial, incentivando, com isso, o cuidado e a busca de articulação a algum serviço de referência no território. Por sua vez, o MS utilizou o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS)<sup>60</sup> para auxiliar no fortalecimento de 30 unidades de saúde que referenciavam custodiados, com o investimento em infraestrutura e realização de reformas, ampliações e construções.

#### **4.2. A estratégia para atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada**

Quanto à estratégia para atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada, é bom destacar que, durante o período de pactuação da norma referente à EAP, no segundo semestre de 2013, período em que pudemos atuar como assessoria técnica à área responsável pela coordenação da saúde da pessoa privada de liberdade no âmbito do MS, foram definidas as prioridades para habilitação dos serviços, nas UF, com a aprovação da agenda orçamentária necessária aos primeiros passos da implantação do serviço. Foram consideradas, para os estudos e proposições, todas as regiões de saúde (em 2013, havia 435) e demandas existentes nos sistemas de justiça. No Anexo AB, há uma síntese das regiões definidas, a priori, baseado nas demandas e possibilidades existentes à época; mas, após a publicação da norma referente à EAP, diversas mudanças ocorreram.

As equipes EAP que foram consideradas válidas pelo CNES, em março/2016 (MS, 2016d), totalizaram 11 – Recife (1), Porto Alegre (2), Manaus (1), Belém (1), São Luis (4), Teresina (2) - sendo que, somente 5 foram destinatárias do incentivo, até dezembro/2016, nos estados do Maranhão e Piauí, sendo que os demais, pelos limites orçamentários no FNS, ainda não haviam recebido recursos. Sendo assim, as incursões referentes à EAP, durante o nosso trabalho consultivo junto ao PNUD e ao DEPEN, se deram naqueles estados que mantinham os serviços habilitados.

##### **4.2.1. A experiência no estado do Piauí**

O estado do Piauí contava com 11 regiões de saúde, sendo que somente um município apresenta desempenho do SUS superior (Teresina), cuja região de saúde abriga a parte mais significativa da população custodiada (53%), estando os municípios concentrados nos níveis inferiores de desempenho do SUS (GH4 e GH6). Verificou-se que a taxa média de cobertura de

---

<sup>60</sup> Esse programa organizou-se pelas seguintes referências normativas: Portaria MS/GM nº 340, de 04/03/2013, que redefiniu o Componente Construção; Portaria MS/GM nº 341, de 04/03/2013, que redefiniu o Componente Reforma; e a Portaria MS/GM nº 342, de 04/03/2013, que redefiniu o Componente Ampliação.

CAPS, em PI, no mês de março/2016, era de 1,26/100.000 habitantes, bem acima da média nacional, que era de 0,91/100.000 habitantes (esse estado apresenta uma das mais altas taxas do país). À época, o estado contava com 241 NASF e somente 4 SRT - nos municípios de Teresina (3) e União (um) -. Quanto aos serviços da atenção básica, PI apresentava uma rede de saúde com capacidade de acesso muito alta: 100% para ACS; e 99% para ESF.

Em junho/2016, o estado ainda mantinha unidades psiquiátricas e hospitais gerais, para internação de pacientes psiquiátricos, totalizando 151 serviços cadastrados no CNES (MS, 2016b). Estavam registrados, além disso, 2.101 serviços dedicados à atenção psicossocial, em clínicas, unidades ambulatoriais e hospitalares, naquele território. Observou-se que somente 47, entre os 224 municípios do estado, contavam com algum CAPS habilitados. Quanto à disponibilidade de NASF, foram encontrados apenas 212 municípios com esse tipo de oferta.

O Piauí viveu uma experiência importante com o fechamento do Sanatório Meduna, dispositivo manicomial criado em 1952, de gestão privada, com 200 leitos, e encerrado em 2010, por um forte movimento conduzido por ativistas da reforma psiquiátrica, com a anuência da justiça e, sob um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), que provocou a habilitação de alguns CAPS, de modo mais intensivo, para referenciar os que foram desinstitucionalizados. Até o período de realização deste estudo, o Hospital Areolino de Abreu, em Teresina, fundado em 1970, sob gestão estadual, ainda se mantinha ativo.

Outra unidade hospitalar em funcionamento, mas prestes a se encerrar, era o Hospital Penitenciário Valter de Alencar, o HCTP do estado, localizado no município de Altos, na região metropolitana da capital, mantendo, sob custódia, com 11 pessoas em cumprimento de medidas de segurança, 24 provisórios e 5 custodiados com pena de prisão, segundo o MJ (2016c). Nota-se que esta última unidade, no período referente a agosto/2013, mantinha 68 pessoas sob custódia (CNJ, 2016a), indicando mudança substancial a partir das iniciativas conjuntas, empreendidas pelo TJ/PI, pela SESAPI e pela SEJUS/PI.

Com duas equipes habilitadas para funcionamento enquanto EAP, pela Portaria MS/GM nº 2.444, de 11/11/2014, o Piauí cadastrou os serviços em setembro/2014. Ao consultar o FNS (MS, 2016c), foi possível constatar que o estado recebeu em seu Fundo Estadual de Saúde (FES), até março/2016, os seguintes valores correspondentes ao incentivo para as EAP, desde a sua habilitação: R\$ 396.000,00, referentes a 2014; R\$ 1.584.000,00, referentes a 2015; e R\$ 396.000,00, referentes a 2016. As duas equipes foram instaladas na Secretária de Estado da Saúde, em espaço destinado à Diretoria de Unidade, Vigilância e Atenção à Saúde, em Teresina,

As formas de organização e gestão implementadas possibilitaram possibilitado a

coordenação direta por parte da política de saúde mental estadual, numa interface com a PNAISP, tanto no contexto da SESAPI quanto na SEJUS/PI. Mereceu destaque o fato de que a área técnica de saúde mental assumiu a governabilidade e a supervisão técnica das duas equipes. Outro fator determinante foi o forte diálogo com a atenção básica da SESAPI e a SEJUS/PI.

Observou-se, durante as interlocuções com as coordenações da política estadual para cuidados em saúde da população custodiada e da EAP, além da Equipe II, que os profissionais cadastrados no CNES, até março/2016, correspondiam àqueles que atuavam efetivamente nas atividades previstas, na capital e no interior.

Observamos que, desde a produção do plano de ação, em 2014, as equipes de trabalho da administração estadual integrou à Corregedoria do Sistema Prisional, do TJ/PI, e ao MP/PI, para idealização da estratégia. As atividades desenvolvidas se basearam, então, numa convergência entre o judiciário, que, a cada incidente de insanidade mental instaurado, audiência de custódia, sentença, suspensão ou extinção de medida de segurança, estabelece fluxo de discussão e acompanhamento junto às EAP.

Fruto dessa articulação, a partir do Provimento nº 43/2014 que criou condições iniciais para o atendimento às premissa da Lei nº 10.216/2001 no estado, o TJ/PI publicou o Provimento nº 09, de 28/04/2016, que passou a ser referência para os operadores do judiciário e EAP, orientando-os quanto aos procedimentos para a execução, a avaliação e o acompanhamento das medidas, denominadas “terapêuticas”, sendo elas cautelares, provisórias ou definitivas, aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, “no âmbito da rede de atenção psicossocial, vinculada ao Sistema Único de Saúde”. Esse documento levou o TJ/PI à alteração do Código de Normas da Corregedoria-Geral de Justiça, com a incorporação de premissas constantes na Portaria MS/GM nº 94/2014.

Notou-se que o judiciário local adotava o conceito “medida terapêutica”, em alusão à medida de segurança, estabelecendo o redirecionamento de todos os casos à rede de saúde, inserido a EAP e a RAPS como elementos centrais em seu cumprimento, além de responsabilizar as varas de execução e o Grupo de Monitoramento e Fiscalização da Execução Penal (GMF) seu acompanhamento. Provocava, ainda, os movimentos, a partir do judiciário e em direção aos dispositivos de base comunitária, para desinstitucionalização dos pacientes sob custódia e esforços para inserção das redes SUS e SUAS, tendo o PTS a importância enquanto recurso estruturante no processo. As ações realizadas foram assim descritas:

- a) Conclusão da revisão processual e dos PTS existentes, promovendo o acompanhamento a 64 pessoas institucionalizadas e com medidas de segurança, nos

Hospitais Valter de Alencar e Areolino de Abreu;

- b) Realização de avaliações biopsicossociais, em atendimento às solicitações do judiciário, da SEJUS/PI, nos Hospitais Valter de Alencar e Areolino de Abreu e em unidades prisionais da capital e do interior, superando a 125 pessoas avaliadas;
- c) Manutenção e aprofundamento da articulação com a RAPS e rede SUAS: visitas técnicas aos equipamentos em saúde da RAPS e aos municípios que possuem unidades de custódia em seu território; apoiar a capacitação das equipes multiprofissionais que atuam na RAPS e das equipes da PNAISP e do SRT existentes; identificação dos programas e serviços do SUS e SUAS necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada;
- d) Apoio aos processos de desinstitucionalização dos pacientes custodiados, contribuindo para a saída e inclusão em redes de 21 pessoas, com monitoramento continuado em meio aberto;
- e) Elaboração de protocolos de atendimento, fluxos e referências dos beneficiários, junto à SESAPI, à SEJUS/PI e ao TJ/PI;
- f) Participação em audiência conciliatória com os secretários de Estado da Saúde e Justiça, o MP/PI, TJ/PI para estabelecer a extinção do Hospital Valter de Alencar, elaboração de protocolos de atendimento fluxo, referência e contrareferência na rede de saúde;
- g) Realização de frequentes visitas técnicas às unidades de custódia, com a adoção de estudos psicossociais de casos críticos e articulações com as redes locais para produção de diretrizes de atendimento;
- h) Articulação junto às Equipes da PNAISP, apoiando-se aos dispositivos das redes de saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos da cidadania no Estado.

Verificou-se, a partir dos relatos da EAP e do TJ/PI e das observações, que as equipes se dedicavam à realização de busca ativa de pessoas com agravos psicossociais nas unidades de custódia, além de responder às demandas apresentadas pelas autoridades prisionais e judiciárias locais, quando constatados agravos.

Esse movimento em direção aos sujeitos sentenciados ou provisórios e às redes, que envolveram aproximadamente 40 visitas técnicas às unidades, levaram à produção de uma leitura das condições psicossociais gerais da população privada de liberdade e realçar os agravos dignos de estudos mais aprofundados. Nesses casos, foram contatadas as redes de

saúde nos municípios onde a pessoa identifica é mantida, dando início a agendas de referência em ESF, CAPS (quando houver) e CRAS; concomitantemente, a vara de execução é comunicada pela EAP, a respeito dos casos. Desse modo, ampliou-se o espectro de atendimento às pessoas com transtorno mental mantidas no sistema e assegurou-se a articulação junto a diversos dispositivos das redes de saúde.

#### **4.2.2. A experiência no estado do Maranhão**

O estado do Maranhão contava com 19 regiões de saúde, sendo que somente um município apresentava desempenho do SUS superior (a capital, São Luis), cuja região de saúde abrigava grande proporção da população custodiada (47%). As demais regiões que contam com unidades de custódia apresentam indicadores de serviços considerados insuficientes, estando os municípios concentrados nos níveis inferiores de desempenho do SUS (GH4, GH5 e GH6).

Verificou-se que a taxa média de cobertura de CAPS, no Maranhão, no mês de março/2016, era de 0,77/100.000 habitantes, bem abaixo da média nacional, que era de 0,91/100.000 habitantes. À época, o estado contava com 181 NASF e somente 5 SRT - nos municípios de São Luis (3), Zé Doca (um) e Imperatriz (um) -. Quanto aos serviços da atenção básica, MA apresentava uma rede de saúde com capacidade de acesso razoável, sendo 89,4 para ACS; e 79,43% para ESF.

O estado contava com 3 hospitais psiquiátricos cadastrados no CNES, todos na capital, de acordo com o MS (2016d), sendo eles: Hospital Nina Rodrigues, sob gestão estadual, com 103 leitos cadastrados e credenciados pelo SUS; Clínica La Ravardière, de gestão privada, com 350 leitos, sendo 320 credenciados pelo SUS; e Clínica São Francisco de Neuro Psiquiatria, também privado e com todos os seus 240 leitos credenciados pelo SUS. Observou-se que somente 63, entre os 217 municípios do estado, contavam com algum CAPS habilitado. Quanto à disponibilidade de NASF, foram encontrados apenas 157 municípios com esse tipo de oferta, já que se possibilita, de acordo com a Portaria MS/GM nº 3.124/2012, que todos os municípios contem com essa modalidade vinculada a, pelo menos, uma ESF.

As 3 equipes foram habilitadas pela Portaria MS/GM nº 2.444, de 11/11/2014, sob gestão estadual. Em consulta ao FNS (MS, 2016c), foi possível constatar que o estado recebeu em seu Fundo Estadual de Saúde (FES), até março/2016, os seguintes valores correspondentes ao incentivo para as EAP, desde a sua habilitação: R\$ 396.000,00, referentes a 2014; R\$ 1.980.000,00, em 2015; e R\$ 594.000,00, referentes a 2016. Foi possível atestar que esses

recursos oriundos do FNS não foram gastos, permanecendo no FES, e sendo as EAP remuneradas com recursos do próprio tesouro estadual desde as suas habilitações.

O estado do MA havia registrado somente uma medida de segurança em estabelecimento penal, no cadastro do CNJ (2016a), até o período do nosso estudo. No entanto, de acordo com os dados obtidos em visita realizada para esta fase de estudo, obteve-se o registro de 75 pessoas que, por determinação da justiça criminal, eram mantidas no Hospital Nina Rodrigues, em São Luis, certificado como estabelecimento psiquiátrico do SUS (sob gestão estadual); destas, 47 cumpriam medidas de segurança e 5 desinternações foram promovidas (em julho/2016). Esse mesmo hospital esteve registrado no cadastro de estabelecimentos penais do CNJ (2016a), enquanto HCTP, assim como a Clínica La Ravardière, ainda que tipificadas como unidades psiquiátricas pelo SUS. Ao final de 2016, porém, o CNIEP não apresentava mais os registros dessas unidades do SUS, por providência do próprio TJ/MA.

O documento referente ao Plano de Ação para Estratégia para Redirecionamento dos Modelos de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, correspondente ao Anexo II, da Portaria MS/GM nº 94/2014, para habilitação da EAP no estado, encaminhado em 2014 ao MS, não foi disponibilizado até a conclusão dos nossos estudos, ainda que reiteradas solicitações tenham sido encaminhadas pelo DEPEN à gestão da PNAISP no Maranhão e ao MS.

Essa indisponibilidade de informações gerou, em princípio, uma lacuna importante em nossas avaliações, especialmente no que dizia respeito ao que foi pactuado inicialmente pela UF. No entanto, a verificação *in loco*, tanto pelas reuniões com a EAP de São Luis, com a coordenação da PNAISP e com a 2ª Vara de Execução Penal, além da visita ao Hospital Nina Rodrigues, foram elucidativas.

Aquela unidade psiquiátrica, com diversas alas para internação, mantinha uma ala destinada a atender aos encaminhamentos da justiça criminal. Premido pelas demandas oriundas das comarcas do interior do estado, a unidade hospitalar, em acordo com a SEAP/MA adaptou grades às portas e janelas e alocou agentes de segurança prisional, em turnos de revezamento, para custódia dos pacientes criminalizados, o que nos pareceu uma contradição, diante das premissas existentes para a reforma psiquiátrica e das regras pactuadas para a EAP.

Reiteradas solicitações foram encaminhadas pela 2ª Vara de Execuções Penais às diversas outras comarcas, bem como à SEAP e à direção do Hospital, no sentido de reduzir o número de encaminhamentos de pessoas com transtorno mental criminalizadas para a unidade, propondo o seu redirecionamento com o apoio das redes de saúde, especialmente as EAP.

Segundo a 2ª Vara de Execuções Penais, eram crescentes as determinações, por parte das comarcas do interior, para inclusões naquela unidade, algo que teria sido minimizado com a atuação das EAP em atividades de sensibilização e orientação ao judiciário, nas comarcas e redes locais de saúde, para encerramento gradativo desse acesso ao Hospital Nina Rodrigues.

Estabeleceu-se um termo de compromisso institucional entre a SES/MA, a Secretaria de Justiça/MA, o MP/MA, o Conselho Estadual de Direitos Humanos e o CNJ, em 2012, com o objetivo de agenciar as medidas de segurança para a rede de saúde, elegendo o Hospital Nina Rodrigues como dispositivo central.

Naquele período, alegava-se que a unidade hospitalar garantiria salvaguardas aos pacientes e evitaria os riscos de reiteração criminosa, fugas e compensaria a inconsistência das redes de saúde (que ofereciam escassa cobertura, segundo os interlocutores locais). Assim, seria possível à equipe clínica, instalada enquanto núcleo de perícias, elaborar os laudos e direcionar as medidas. Tendo publicado o Provimento nº 8/2014, o TJ/MA procurou disciplinar o procedimento para execução, a avaliação e o acompanhamento das medidas terapêuticas, cautelares, provisórias e definitivas, aplicáveis à pessoa com transtorno mental criminalizada no SUS.

A gestão das três equipes da EAP era feita, de modo determinante, pela coordenação de saúde mental estadual, na SES/MA; os profissionais que participavam da EAP encontravam-se, em sua maioria, vinculados a uma instituição da sociedade civil contratada para a oferta dos serviços. No entanto, a coordenação estadual da PNAISP acompanhava a execução das atividades, mas não participava da sua cogestão.

Foi possível compreender que, com a realização dos mutirões de execução penal gerou-se um fluxo crescente de pessoas com transtorno mental, das unidades de custódia para o Hospital Nina Rodrigues, especialmente com a publicação do Provimento nº 08/2014; o provimento em questão mantinha essa unidade hospitalar como destinatária dos pacientes judiciários, a priori, em função da necessária elaboração de laudos periciais.

O acordo estabelecido no âmbito do judiciário, junto ao CNJ especialmente, era de que ocorreria a retirada das pessoas em medidas de segurança ou com incidente de insanidade mental instaurado dos estabelecimentos prisionais do estado. Essa meta foi cumprida, no entanto, com o deslocamento do público que se encontrava sob custódia da administração prisional ao Hospital Nina Rodrigues, num intenso movimento de transinstitucionalização,

tendo sido reduzidas as interfaces com as redes de saúde<sup>61</sup>.

Segundo a 2ª Vara de Execuções Penais, a maior parte do público inserido na ala dos pacientes judiciários, no Hospital Nina Rodrigues, vinha de comarcas do interior, sendo que as EAP não haviam atuado, até o período deste estudo, de modo profilático junto às autoridades judiciárias do interior. Até aquele momento, o entendimento era de que as EAP deveriam priorizar os processos de desinstitucionalização, minimizando a sua atuação enquanto dispositivo de porta de entrada, o que se justificava pelo fato de que a transinstitucionalização se intensificou desde 2012, tornando necessários os esforços para retirada planejada da crescente população criminalizada mantida naquela unidade psiquiátrica do SUS.

No entanto, observou-se que, a partir do segundo semestre de 2016, com apoio do TJ/MA, a SES havia direcionado as equipes de EAP, não somente aos trabalhos dedicados à redução do público mantido no Hospital Nina Rodrigues mas, concomitantemente, para atuar junto às comarcas do interior e da capital e redes de saúde instaladas nas respectivas regiões, para redução de encaminhamentos àquela unidade psiquiátrica do SUS, revertendo progressivamente as internações e promovendo inclusão em redes.

Diante disso, coube-nos suscitar a Portaria MS/GM nº 2.840/2014, que dispôs sobre o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS que, podendo ser habilitada na região de São Luis, contribuiria para garantir os esforços de inclusão das pessoas institucionalizadas no Hospital Nina Rodrigues em redes. Pareceu-nos que a EAP, na capital, vinha representando um serviço alternativo, nesses casos, até que fossem considerados os apontamentos dessa Portaria e houvesse a habilitação do componente de desinstitucionalização da RAPS.

#### **4.2.3. Avaliando as práticas associadas à EAP**

Alguns outros fatores que impactaram negativamente a PNAISP foram percebidos com a realização dos estudos sobre a atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada, característica da EAP, e analisadas ao longo do trabalho junto ao projeto PNUD e DEPEN (FIGUEIREDO, 2016c). Essa etapa de trabalho permitiu observar as restrições da RAS em comprometer-se com a reorientação de práticas e assegurar a inclusão desse público em dispositivos de base comunitária e evidenciou posições de operadores do sistema de justiça

---

<sup>61</sup> A transinstitucionalização tem sido comum no país, consistindo no deslocamento de clientela mantida em instituições psiquiátricas para outras caracteristicamente hospitalares, asilares ou de custódia, ou a retirada das pessoas das unidades de custódia com a consequente internação em hospitais, clínicas da rede de saúde, asilos e moradias assistidas, mantendo o isolamento e a fragmentação dos vínculos sociais.

criminal que, de certo modo, veem na EAP possibilidades de melhoria no tratamento aos pacientes judiciários e cumprimento das metas de desinstitucionalização (como em MG, PI, MA, GO).

Inicialmente, a EAP foi concebida com a participação de técnicos da coordenação da política nacional de saúde mental, com o objetivo de vincula-la à RAPS e assegurar o seu financiamento por meio de recursos oriundos de suas ações programáticas, de acordo com a decisão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), que geria as coordenações de saúde mental e de saúde da pessoa privada de liberdade. Por esforços da área técnica que coordenava nacionalmente o PNSSP e se dedicava à proposição da PNAISP, especialmente em 2013, estabeleceu-se que a estratégia pensada para apoiar a reorientação da atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada seria remunerada pela ação orçamentária da RAPS e gerida conjuntamente pelas duas áreas.

Por revisão em seus critérios de priorização, a proposta para que esse serviço se tornasse um dispositivo característico da RAPS foi posteriormente abandonada pela coordenação de saúde mental, sendo alternativamente apoiada político e financeiramente – como uma medida que a salvaguardasse transitoriamente – pela área técnica de saúde da pessoa privada de liberdade, com a anuência da gestão do DAPES. Essa decisão foi importante para a criação da EAP, mas não garantiu recursos financeiros adequados às necessidades dos estados e do DF, em função da limitada capacidade orçamentária para a PNAISP. Os reflexos disso foram percebidos nos últimos dois exercícios.

Com a limitação dos recursos da PNAISP, o MS deixou de ampliar a cobertura da EAP, ainda que os estados do AM, RS, PE, PA, SP buscassem criar esse serviço em seus territórios. Somou-se a isso o fato de que o MS habilitou três destes serviços no estado do Maranhão e dois no Piauí, contrariando o plano inicial de implantação das EAP (que previa somente um serviço a cada um desses estados) e criando iniquidades diante das demandas mais altas e complexas em outros estados e no DF, comprometendo a equalização dos subsídios e das necessidades locais. Assim, ainda que PE, AM e RS mantivessem cadastradas as EAP no CNES, pareceu-nos ter havido alterações, por parte do MS, quanto aos critérios básicos para priorização e elegibilidade.

Contando com três equipes (15 profissionais) exclusivamente envolvidos na implementação da estratégia estadual, à luz da Portaria MS/GM nº 94/2014, o estado do Maranhão teve dificuldades para evitar que o Hospital Nina Rodrigues, em São Luis, se configurasse como um módulo para contenção de numerosos custodiados pela administração

prisional, assemelhando-se a um HCTP. Diante desse desafio, que recrudescceu durante os primeiros passos dessa experiência local, apoiado no fator que veio como algo positivo, que era a vinculação direta da coordenação da EAP enquanto um serviço da RAPS e gerido pela coordenação estadual de saúde mental, foram tomadas iniciativas para reversão desse cenário. Somou-se a isso o envolvimento da 2ª Vara de Execuções Penais na revisão dos processos de trabalho das EAP, dos fluxos estabelecidos pelos operadores da justiça nas diversas comarcas do estado, no estabelecimento de canais de diálogos com os territórios e nas providências para redução dos encaminhamentos ao Hospital Nina Rodrigues, redirecionando-as às redes locais.

Inicialmente, o estado do Piauí expressou mais claramente as premissas consignadas na PNAISP, em relação à EAP, sendo que algo em sua realidade local se alterou de modo sensível: a redução, em cerca de 50%, da população com medidas de segurança determinadas e sob custodiada pela SEJUS/PI; as desinstitucionalizações conduzidas em constantes diálogos com as redes, adotando, fundamentalmente, os projetos terapêuticos singulares; o judiciário que atuou de modo prospectivo, afetado pelas premissas da reforma psiquiátrica, levando às adaptações normativas e metodológicas em seu campo de atuação; a atuação da EAP gerou alguns efeitos favoráveis, tais como a aceleração da desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos comuns, em função da sua relação com as demais equipes do Hospital Aerolino de Abreu e a formação de capacidades nas redes locais; e a determinação do fechamento do Hospital Penitenciário, em Altos, com brevidade, por um acordo entre judiciário e executivo, apoiando-se também nos movimentos empreendidos pela EAP.

Percebeu-se que as EAP dos dois estados foram indicadas como meios alternativos para auxiliar na determinação das medidas terapêuticas, ofertando, enquanto referências periciais, possibilidades de estudos multidimensionais e intersaberes, sendo complementares às perícias psiquiátricas. Suas formas de atuação levaram os sistemas de justiça locais, em parte, a leituras mais ampliadas acerca dos sujeitos criminalizados, dos contextos e das possibilidades das redes nos territórios. Nesses casos, de modo evidente, as estratégias avaliadas geraram contribuições importantes que, baseadas em provimentos publicados pelos respectivos Tribunais, passaram a orientar aos juízes das comarcas quanto às premissas do SUS e estimulando a melhoria das suas possibilidades interpretativas. Vimos, naqueles contextos, que as autoridades judiciárias responsáveis pelas Varas das Execuções Penais em Teresina e São Luís, foram determinantes apologistas e orientadores dessas estratégias junto aos demais operadores de justiça, às coordenações da saúde mental das direções estaduais do SUS e às redes locais.

A estratégia proposta pela PNAISP foi avaliada pelos atores-chave dos dois estados

que a implementaram como boa referência para se conceber iniciativas locais, pois suportava a focalização de ações (a Portaria MS/GM nº 94/2014 foi uma norma relativamente simples, estruturante, que respeitou as especificidades locais. O detalhamento e o aprofundamento desses arranjos se fizeram por meio dos planos estaduais e locais específicos. Percebeu-se que os recursos do incentivo financeiros foram considerados suficientes para abarcar as despesas de custeio necessárias, tais como as contratações de serviços, material de consumo, mobilidade das equipes, comunicação, capacitação, etc.

Constatou-se, também, que o judiciário, quando implicado na produção de estratégias estaduais e de planos locais, cooperando junto às EAP, induzia à implementação de serviços mais efetivos e assertivos; nesses casos, quando havia provimentos publicados, termos de cooperação interinstitucionais estabelecidos, agendas de sensibilização e formação em comarcas, fluxos elaborados e pactuados entre juízes promotores e equipes das EAP alcançava-se os objetivos propostos para a temática.

Um dos principais aspectos suscitados pelas equipes com as quais pudemos interagir, foi a preocupação com os riscos da transinstitucionalização, fenômenos percebidos com frequência nos sistemas públicos, ou até mesmo a exclusão nas comunidades e a indignância dos que foram retirados das unidades da justiça ou do SUS. A compreensão era de que, com os esforços para desinstitucionalização, seria assegurada a continuidade do seu acompanhamento pelas redes dos territórios, tornando-se a EAP uma observadora permanente da sustentabilidade de cada projeto terapêutico implementado.

Essas questões foram tratadas por Silva (2015, p. 147-148), traduzindo a lógica do *revolving door*, ou “porta giratória”, como sinal das dificuldades dos sistemas asilares e manicomial em trazer “novas respostas às questões consideradas mais complexas”. Segundo essa autora, “mesmo que se busque reduzir o número de internações e aumentar as altas, há proporcionalmente o aumento das recidivas pelo abandono dos casos mais difíceis”, o que acabaria levando as pessoas à “passagem de uma instituição fechada a outra”, aos processos de transinstitucionalização. Sendo estes efeitos claros dos abandonos dos tratamentos, evidenciam os feitos residuais das instituições nas quais estavam segregados, destacando a afirmação de Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p. 21, *apud* SILVA, 2015, p. 148) de que “quando a desinstitucionalização é praticada como desinternação, desospitalização ou transinstitucionalização, os efeitos de abandono são evidentes”, o que incorreria em um dos maiores temores da Reforma Psiquiátrica: a “justificativa para argumentar a favor da necessidade de mais manicômios”. Assim, asseverando que a periculosidade seria, então, um dos efeitos residuais da institucionalização, concluiu Silva (2015, p. 148):

Segundo De Leornadis (1998) a periculosidade deve ser entendida como um resíduo institucional que não pode ser identificado ou atribuído como próprio de determinados grupos sociais, mas efeito das instituições que buscam reduzir as existências e seus sofrimentos a soluções institucionais previamente definidas, codificadas e, portanto, fragmentárias e seletivas. Quando não há uma compreensão do que seja o processo de desinstitucionalização, é a periculosidade das instituições que gerará novas formas de segregação em circuitos de internação, com efeitos de cronificação e/ou abandono.

Com isso, as EAP passaram a planejar-se e a atuar para minimizar esses riscos para que, desde a definição de cada sentença, fosse estabelecida, como viés da medida, a construção e a implementação do PTS e, como sustentáculo da suspensão condicional da medida ou extinção, a garantia da sustentabilidade desse projeto; além disso, indicar a responsabilização das políticas de saúde e de assistência social, como partícipes da realização da medida e atuar, junto a ela, como apoio aos serviços de referência.

Considerando, sobretudo, as necessidades de saúde e as possibilidades que se sustentaram na Lei 10216/2001, essas experiências locais reafirmaram as premissas da reforma psiquiátrica, indicando que (FIGUEIREDO e MACHADO, 2015, p. 55):

As injunções e os problemas encontrados, ao compararem-se modelos de serviços implantados em Minas Gerais (PAI-PJ), Goiás (PAI-LI), além do Rio Grande do Sul (matriciamento e pactuação com as redes), apontam para diversas necessidades e possibilidades que se sustentam na Lei 10216/2001, tais como:

- a) reorientação do modelo de atenção, antes predominantemente custodial e hospitalocêntrico: o lugar de cuidado passa a ser a própria comunidade;
- b) internação como último recurso terapêutico e pelo menor tempo possível;
- c) proibição de internações em instituições asilares;
- d) criação de serviços substitutivos ao hospital e investimento na rede básica de saúde;
- e) criação de políticas específicas para a desinstitucionalização e reinserção social dos pacientes longamente internados (Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta pra casa, etc.);
- f) e construção de políticas intersetoriais para a integralização do cuidado.

Esses apontamentos, somados aos primeiros resultados das EAP no Piauí e no Maranhão, endossaram aspectos da Lei nº 10.2016 e da PNAISP, elegendo as comunidades e as moradias dos sujeitos criminalizados como *locus* do cuidado, a necessidade de realização de esforços para construção de políticas intersetoriais que contribuam para a integralização do cuidado (com convergências entre o sistema de justiça e as políticas sociais básicas), o encerramento das portas de entrada nas unidades de custódia, a desinstitucionalização das pessoas mantidas em condições de confinamento e a garantia de continuidade das medidas terapêuticas, ainda que extintas ou suspensas as medidas de segurança pelo judiciário.

## 5. CONSIDERAÇÕES E PROPOSIÇÕES

Com base no estudo empírico realizado junto ao DEPEN e ao PNUD, pudemos antever algumas possíveis adaptações à política de cuidados em discussão. Destacamos que essas contribuições serviram como pontos de partida, aportes preliminares, para um amplo e profundo processo dialógico junto às instituições do executivo e do judiciário, trabalhadores em saúde e em serviços penais, custodiados e familiares e sociedade em geral.

Em relação aos aspectos estratégicos, consideramos a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), definida pela Portaria MS/GM nº 2.446, de 11/11/2014, que surgiu como estruturante para as demais políticas e ações do SUS, tendo como bases o conceito ampliado de saúde e os referenciais obtidos em função de saberes e práticas acumuladas e compartilhadas com a reforma sanitária. As principais nuances do enredamento de dispositivos e práticas em torno dos beneficiários basearam-se no conceito de “promoção da saúde” (art. 2º) foram entendidas como:

[...] um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

Assim, a PNPS foi entendida como a base normativa para uma política de cuidados em saúde de pessoas privadas de liberdade e de trabalhadores em serviços penais, por considerar diretrizes, princípios, temas transversais e eixos operacionais que invariavelmente se corporificam em ações e serviços viáveis e eficazes (art. 4º):

- I - a equidade, quando baseia as práticas e as ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos;
- II - a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações;
- III - a autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias;
- IV - o empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequados às suas condições sócio-econômico-culturais;
- V - a intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns;

VI - a intrasetorialidade, que diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas;

VII - a sustentabilidade, que diz respeito à necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental;

VIII - a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais; e

IX - a territorialidade, que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime.

Das diretrizes estabelecidas no art. 9º, destacaram-se o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial, o planejamento e a realização de ações territorializadas (reconhecendo os contextos locais e sua população em suas singularidades), adoção de premissas de democracia participativa na gestão da política e adoção de estratégias de educação e produção de conhecimentos de modo permanente.

Integrada a essas proposições, foi também considerada a necessidade de uma estratégia nacional de educação permanente no âmbito da política de cuidados em saúde de pessoas em prisões, pautada nas diretrizes nacionais para educação em serviços penais (MJ, 2005) e fazendo convergir a rede nacional de escolas de gestão prisional, e na Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) disposta na Portaria MS/GM nº 1.996/2007 e na Portaria MS/GM nº 278, de 27/02/2014, que definiu regras diretrizes para sua implementação.

Além disso, essa rede de formação de capacidades entre profissionais das prisões e da saúde, teria suas diretrizes e estratégias concebidas de acordo com a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.127, de 04/08/2015, que estabeleceu critérios para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), traduzindo-se em premissas importantes para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no SUS, além do Sistema Universidade Aberta do SUS (Rede UNA-SUS), estratégia relevante para a melhoria de capacidades no SUS, instituída pelo Decreto 7.385, de 08/12/2010, e regulamentada pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 10, de 11/07/2013.

As demais proposições, apresentadas a seguir, foram baseadas em aspectos críticos da PNAISP e nos elementos constitutivos e nos eixos operacionais da PNPS, consideradas virtualmente úteis pelo DEPEN (desde que debatidas e aprofundadas junto aos demais atores da política) configurando-se, especialmente, em ações de cuidado, agenciamentos nas redes, regulação e financiamento.

### 5.1. Reconhecendo necessidades de saúde de profissionais em serviços penais

As demandas do público que se encontrava sob custódia foram consideradas múltiplas, complexas e críticas, como retratado anteriormente. Essa população aprisionada, em grande parte, teve suas origens em territórios e grupos sociais onde determinadas doenças eram altamente endêmicas (como as infecciosas e parasitárias), além da dependência química e seus agravos e das intercorrências contextuais (violência interpessoal, sobretudo). E, não menos importantes, eram as necessidades de saúde das pessoas que exerciam serviços penais e se submetiam às condições de trabalho complexas, marcadas por incidentes críticos, expondo-se às condições sanitárias inadequadas nas unidades de custódia e em interações e riscos contínuos junto à população custodiada.

A estruturação de uma estratégia, ou sistema nacional, para cuidados em saúde dos profissionais dos serviços penais deveria ser naturalmente congruente com a política de cuidados em saúde da população custodiada e baseada na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNASTT), instituída pela Portaria MS/GM nº 1.823, de 23/08/2012, que definiu princípios, diretrizes e estratégias, no SUS, para a atenção integral à saúde do trabalhador, enfatizando a vigilância, a promoção e a proteção da saúde.

A PNASTT teve, como base, a Portaria MS/GM nº 1.679/2002, que deu o primeiro passo em direção à criação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (RENAST), propondo a estruturação de serviços para atenção ao trabalhador em todos os níveis da RAS, orientando a constituição e o funcionamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); em momento posterior, a RENAST foi revisada pela Portaria MS/GM nº 2.728, de 11/11/2009, que incluiu a utilização de linhas e protocolos para o cuidado.

O objetivo do CEREST foi contribuir para a garantia de condições de saúde e qualidade de vida de trabalhadores em geral, sendo as ações de vigilância, cuidado e prevenção as suas principais abordagens. Os centros poderiam ser de referência estadual e regional (reunindo diversos municípios) e atuar para formar redes de apoio, junto aos dispositivos de saúde dos territórios e outras políticas setoriais, assim como trabalhadores e instituições empregadoras. Foram encontrados 220 CEREST constituídos no país, em 2016, segundo o MS (2017c).

O art. 1º, § 3º, da norma que dispõe sobre a RENAST estabeleceu que a constituição dessa rede ocorreria do seguinte modo:

- I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;
- IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e
- V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

Essa mesma norma estabeleceu as seguintes prerrogativas para o CEREST (art. 14):

- I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;
- II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;
- III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

Uma iniciativa importante, no âmbito da política de cuidados em saúde de pessoas que estivessem continuamente em prisões, seria também a qualificação e certificação de CEREST municipais ou regionais em territórios com significativa população privada de liberdade, algo que se colocaria como indicativo da possível existência de relevante número de profissionais em unidades de custódia.

Foi proposta ao DEPEN a adoção de subsídios financeiros (sobre os quais trataremos, em parte posterior deste texto) e o empreendimento de assistência técnica por parte das coordenações nacionais e estaduais de saúde do trabalhador do SUS e da política de cuidados em estudo. Isso conduziria os dispositivos locais ao fortalecimento da gestão e ao matriciamento junto às redes de saúde e sistemas de justiça, melhorando os serviços de referência para cuidados em saúde do trabalhador em serviços penais. Aos municípios que contassem com população privada de liberdade superior a 500, sugeriu-se a sua certificação enquanto municípios-sentinela para vigilância em saúde, em função dos fatores de riscos, baseado na Portaria MS/GM nº 2.728/2009.

Com isso, esperava-se qualificar a vigilância em saúde do trabalhador, induzindo esses serviços do SUS à realização de suas atividades em contextos de custódia, promoção de ações de prevenção e promoção da saúde no trabalho junto aos gestores e demais profissionais de serviços penais e apoio à inclusão e ao acompanhamento das demandas por cuidado em saúde

em dispositivos da rede do território e em serviços de saúde ocupacional (ou Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho) das secretarias estaduais de administração prisional e segurança pública.

## 5.2. Sobre a regulação da política

Sugerimos uma ênfase maior ao aspecto regulador da política de cuidados em questão. Presente em diversas redes temáticas do SUS, esse fator foi importante para assegurar interfaces das políticas essenciais e capacidades para práticas de governança institucional, algo previsto na Portaria MS/GM nº 1.559/2008, que dispôs sobre a Política Nacional de Regulação do SUS. Assim, previu-se a adoção de critérios e procedimentos para consecução dos objetivos e das metas constantes nos termos de adesão dos entes federativos, contemplando:

- a) Regulação do sistema de gestão dos sistemas: a partir das diretrizes pactuadas em termos de adesão, promoveria ações de planejamento, financiamento, fiscalização, monitoramento, revisão de diretrizes, auditorias, nos sistemas de justiça, prisionais e intersetoriais envolvidos; além disso, promoveria a revisão e a apropriação de novas estratégias, métodos e tecnologias; conduzir revisão e adequação normativa permanente;
- b) Regulação do acesso às ações e aos serviços: baseado em termos de pactuação estabelecidos para implementação das políticas, estratégias e planos, garantiria o adequado atendimento às demandas da população beneficiária, avaliando e controlando a oferta de serviços e ações, com ações de avaliação, monitoramento, revisão de diretrizes, auditorias;
- c) Fomento e fortalecimento de ouvidorias das instâncias da justiça criminal;
- d) Instituição de Comissão ou Comitê Nacional para Coordenação da política em questão: composto pelas coordenações técnicas de saúde da pessoa privada de liberdade e de gestão/educação em serviços do MS e do MJ, podendo incluir outras áreas técnicas e órgãos com atuação relevante no campo. Esse coletivo nacional assumiria as seguintes atribuições:
  - i. Orientar aos entes federativos no planejamento, implantação e implementação da política;

- ii. Avaliar e aprovar pleitos de adesão e habilitação de serviços pertinentes, para instalação, aquisição de itens permanentes e adequação de unidades de saúde para os serviços previstos;
  - iii. Avaliar e monitorar sistematicamente a política nos estados, DF e municípios, utilizando-se de abordagens locais e dos Relatórios Anuais de Gestão;
  - iv. Compartilhar informações e mobilizar os dirigentes do SUS, dos sistemas prisionais e da segurança pública em cada fase de implantação e implementação da política;
  - v. Promover a divulgação da política junto aos atores-chave em âmbitos nacional, estaduais e municipais, contribuindo para adequados compartilhamento de conhecimentos e transparência da política;
  - vi. Revisar anualmente os aspectos político-institucionais, estratégicos e operacionais desta política, propondo as adequações necessárias; e
  - vii. Aplicar efeitos em decorrência do descumprimento de termos pactuados pelos estados e municípios, podendo ser a suspensão provisória de repasses, bloqueio e determinação da inelegibilidade de entes federativos e serviços, bem como a recomendação do estabelecimento de Termos de Ajuste Sanitário (TAS), para reprogramação e repactuação da oferta do cuidado<sup>62</sup>.
- e) Consolidação dos Grupos Condutores Estaduais para Gestão da política, composto pela direção estadual do SUS, gestão prisional, segurança pública e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do estado, com as seguintes atribuições:
- i. Orientar e planejar, junto aos municípios e às unidades de custódia, os processos de implantação e implementação da política;
  - ii. Avaliar e aprovar os pleitos municipais de adesão à política;
  - iii. Avaliar e aprovar os pleitos estadual e municipais de habilitação de serviços inerentes à política, bem como para instalação, aquisição de itens permanentes e adequação de unidades de saúde para instalação dos serviços previstos na política;
  - iv. Avaliar e monitorar a política nos municípios e nas unidades de custódia;

---

<sup>62</sup> A Portaria MS/GM nº 2.046, de 03/09/2009 regulamenta o TAS, cuja finalidade é a correção de impropriedades decorrentes do descumprimento de obrigações previstas em normativas do MS, relativas à gestão do SUS.

- v. Compartilhar informações e mobilizar os dirigentes do SUS, do sistema prisional e da segurança pública em cada fase de implantação e implementação desta política;
- vi. Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de implementação desta política nos municípios e em unidades de custódia;
- vii. Promover a divulgação da política junto aos atores-chave em âmbitos estadual e municipais, contribuindo para o adequado compartilhamento de conhecimentos e garantindo a transparência da política;
- viii. Revisar anualmente os aspectos político-institucionais, estratégicos e operacionais da política em contexto estadual, propondo as adequações necessárias.

### **5.3. Sobre a atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada**

Em relação à pessoa com transtorno mental criminalizada, a PNAISP previu um serviço dedicado ao redirecionamento das formas de atenção, tendo como referencial a Lei 10.2016/2001. Após a publicação da Portaria MS/GM nº 94/2014, que tornou possível a instituição serviços agenciadores em redes, com a expectativa de que, com o tempo, se consolidasse uma estratégia nacional para as medidas de segurança, na perspectiva da reforma psiquiátrica.

O modelo proposto pela PNAISP se colocou como mecanismo para matriciamentos entre o sistema de saúde, por meio das políticas de saúde da população custodiada e de atenção psicossocial, o sistema de assistência e proteção social, dentre outras políticas setoriais, além do sistema de justiça criminal. Tal arranjo pretendeu, então, apoiar a adoção de modelos alternativos ao tratamento no âmbito da justiça criminal, ainda baseado num forte viés periculosista, com características asilares e escassa compreensão acerca do sujeito da medida de segurança e de sua rede de relações. Esperava-se, então, que as pessoas com transtorno mental criminalizadas fossem inseridas preferencialmente em redes de saúde, além de reconhecer a importância da assistência e proteção sociais, dos benefícios assistenciais e da inclusão social.

Pudemos verificar que a maior parte dos sistemas de justiça do país utiliza-se de mecanismos dispendiosos para lidar com pessoas com transtorno mental criminalizadas, como os cárceres, asilos e manicômios (o conceito hospital de custódia e tratamento psiquiátrico

passou a ser utilizado pelo sistema normativo, convenientemente, como um eufemismo). Essas pessoas institucionalizadas têm suas vidas fragmentadas, sua “humanidade confiscada [...] despidas do passado”, perdendo suas identidades, esvaziando seus vínculos sociais, reproduzindo o que ocorria nos antigos manicômios, como a colônia de Barbacena, MG, e outros espaços semelhantes, “como se tivessem aparecido no mundo sem alguém que as parisse” (ARBEX, 2013, p. 26-27).

A perícia e o serviço psiquiátrico, em grande parte, ainda têm se dedicado à reafirmação desse sujeito minimizado e na produção da verdade objetiva e “neutra” acerca da sua condição psicossocial, participa da construção do consenso em relação à seguinte aposta: o lócus do adoecido que, supõe-se, tenderá a cometer novo crime, deve ser a instituição capaz de recolhê-lo, ocultá-lo e submetê-lo às condições de controle, ainda que isso leve à degeneração desse sujeito.

Por outro lado, contestando os laudos psiquiátricos e as práticas institucionais de alijamento, Basaglia (1985, p. 41) asseverou que “a periculosidade não reside na especificidade do diagnóstico; reside, muito mais, na falta de respostas às necessidades das pessoas”. O que se afirmou, à luz do trabalho de Basaglia, foi que, ao se ofertar a atenção necessária pessoa com sofrimento psíquico, seriam criadas condições para redução do sofrimento, alívio dos sintomas, harmonização e eliminação dos riscos de agravamento. Esse modo de atuar, quando recursivo, auxiliaria em movimentos e modificações nas culturas de trabalho em cuidados (eliminando perspectivas e práticas higienistas e alienantes), refletindo-se nos sistemas institucionais.

Os programas consolidados em Goiás e Minas Gerais, descritos neste estudo, nos deram conta de que as assertivas de Basaglia e outros poderiam se efetivar. Em especial, o PAILI levou o sistema goiano ao redirecionamento mais amplo das formas de atenção aos adultos inimputáveis. Também observaram-se iniciativas e mudanças, nesse sentido, em algumas regiões:

- a) no Piauí, com o movimento de desinstitucionalização ocorrido até 2010 e a EAP (que tem auxiliado na redução do público custodiado no HCTP local);
- b) o encerramento do HCTP Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, até 2012;
- c) o grupo de trabalho sobre PNAISP coordenado pelo Mecanismo Estadual de Prevenção Combate a Tortura, com a Defensoria Pública estadual e o ObservaSMJC da UFF;

- d) o Fórum mensal sobre as medidas de segurança coordenado pelo Centro de Estudos do HCTP Henrique Roxo, em Niterói, também em parceria com a Defensoria Pública Estadual e com o ObservaSMJC (UFF, 2015);
- e) os esforços dos operadores do judiciário e da política de saúde mental do Rio Grande do Sul (que propiciaram a desinstitucionalização de grande parte do público que se encontrava no Instituto Psiquiátrico Forense, de Porto Alegre), e a criação do Programa “Des’Medida - Direitos Humanos e Saúde Mental: Por um Acompanhar na Rede”, em parceria mantida entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o Tribunal de Justiça e as direções do SUS estadual e da capital (com o objetivo de intensificar a reforma psiquiátrica no RS).

Entretanto, o que se constatou ainda em 2004, pelo levantamento nacional em estabelecimentos psiquiátricos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), como relatado por Arbex (2013, p. 231), e que se mantiveram posteriormente na maior parte do país, notadamente em unidades de custódia, foi o seguinte:

[...] prevalecem métodos que reproduzem a exclusão, apesar dos avanços conquistados com a aprovação de leis em favor da humanização das instituições de atenção à saúde mental e da consolidação de instrumentos legais comprometidos com os direitos civis dos pacientes psiquiátricos. Nessas unidades foram encontrados celas fortes, instrumentos de contenção e muitos, muitos cadeados, além de registros de mortes por suicídio, afogamento, agressão ou a constatação de que, para muitos óbitos, simplesmente, não houve interesse em definir as causas.

O estudo coordenado por Kolker (2015, *apud* VENTURINI, 2016, p. 221-222), nos estados do Rio de Janeiro, Pernambuco e Rio Grande do Sul, por cooperação entre a UFF, FIOCRUZ e MS, identificou entraves para se promover a efetiva desinstitucionalização em unidades psiquiátricas da justiça criminal, além da prevalência de significativa de casos de diversos custodiados, muitos com medidas extintas que lá permanecem “por falta de suporte do Estado para o seu processo de reinserção social”, especialmente pelo escasso apoio dos sistemas de saúde e de proteção social dos territórios, ponderando:

Embora seja possível constatar que vários outros HCTPs já vêm investindo esforços na desospitalização dos pacientes, estas ações estão longe de alcançar os objetivos e a institucionalidade necessária e até hoje não levaram ao fechamento da porta de entrada. Tendo em vista que os pacientes com medida de segurança extinta também têm tido dificuldade para serem desinternados; que mesmo os que conseguem ser inseridos em serviço extra-hospitalar de tratamento acabam permanecendo nos HCTPs

por falta de acesso aos Programas de moradia [...] poucos são os que conseguem vencer os obstáculos e ser efetivamente desinternados, fica evidente que a questão só poderá ser resolvida no âmbito de um plano integrado de ações estratégicas para a desinstitucionalização em HCTPs e a atenção integral às pessoas com transtorno mental, em conflito com a lei.

Nesse sentido, Arbex (2013, p. 232) salientou que, desde o início da reforma psiquiátrica no Brasil, “os discursos ganharam novo viés, como a necessidade de extinção dos leitos de baixa qualidade, com a garantia de contratação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais”. Apesar dos avanços “na construção de um novo paradigma para a saúde pública”, não sem equívocos, assevera, “a loucura ainda é usada como justificativa para a manutenção da violência e da medicalização da vida”. E, quando se trata de uma pessoa criminalizada, a oposição ainda é maior nos contextos sociais (e que se reproduzem entre muitos componentes das redes que não priorizam essas demandas).

Notamos, por vezes, interpretações ambíguas, narrativas polissêmicas, em razão dos tensionamentos provocados pelas visões críticas e pela presença de elementos constitutivos da saúde coletiva no trato com a justiça criminal. As dificuldades vividas inicialmente pelas equipes da EAP no estado do Maranhão, por exemplo, sugeriram essa leitura, o que tem demandando daqueles atores locais desdobramentos, acordos e ressignificações importantes.

Pelo que pudemos constatar, alguns operadores da justiça nos estados do Maranhão e do Piauí (que consentiram a incentivaram a reorientação da atenção nos casos dos inimputáveis), somados à sistemática utilização das premissas da reforma psiquiátrica em Goiás, à dedicação ao PAI-PJ por um número relevante de juízes e promotores de justiça em Minas Gerais, dentre outros, contribuíram para a alteração de quadros importantes em seus contextos, servindo como aportes essenciais à recriação de culturas e práticas no país.

Essas iniciativas confirmaram que, de certo modo, ocorreram rupturas em relação à psiquiatria tradicional, entendida como um “dispositivo de alienação” por Amarante (1994, p. 61), algo ainda fortemente atuante no contexto da justiça criminal. Esses atores locais – no judiciário, em especial - insurgiram-se, de certo modo, interessados pelos estudos no campo e influenciados pelos profissionais-ativistas de movimentos de reforma psiquiátrica em suas regiões.

Esse esforço orientado para desinstitucionalização, segundo Amarante (1994, p. 62), não significaria unicamente a desospitalização, mas o rompimento com uma série de paradigmas que “fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica”. Refletindo sobre textos de Franco Basaglia (1985) e Rotelli (1990), esse autor destacou a importância que o termo carrega, desconstruindo epistemologicamente as instituições asilares e custodiais no

trato da pessoa com transtorno mental, considerando-as incongruentes em seus sustentáculos clínicos, legislativos, administrativos e culturais.

Afirmou, ainda, que desinstitucionalização não deveria representar simplesmente o fechamento de uma instituição, mas, a partir do questionamento das “relações saber/poder” tão presentes nos manicômios, instituições de saúde e sociedade em geral, servir-se da desnaturalização das verdades e práticas construídas nesse campo, e de uma mudança “do modo de olhar a doença mental”, da concepção ética a respeito do outro e da sua experiência de adoecimento, “colocando em questão tanto o saber psiquiátrico, quanto as formas capilares como esse saber se faz presente em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais” (AMARANTE, 1994, p. 62-63),

E, nessa desconstrução gradativa do modelo manicomial, os próprios órgãos da justiça criminal, nas esferas federal e estaduais, procuraram induzir a algumas rupturas com as perspectivas comumente adotadas nessa histórica [e dramática] convergência entre justiça e psiquiatria, esgotando os mecanismos que subjagam as pessoas com transtorno mental em dispositivos asilares e custodiais e retirando aquelas que ainda permanecem nesses contextos. A EAP foi também resultante disso.

Destacamos como principal adequação a esse serviço, a retomada da proposta inicialmente debatida no contexto do MS, em 2013, que indicava a sua vinculação à RAPS e assegurava o seu financiamento por meio de recursos oriundos de suas ações programáticas. Obviamente, com a incorporação da EAP enquanto estratégia da RAPS, sua gestão e operacionalização encontrariam melhores possibilidades de integração aos demais dispositivos da atenção psicossocial e sedimentação. Do mesmo modo, o valor do seu custeio poderia ser ampliado, vinculando-o ao programa de trabalho e orçamento pertinentes à atenção à saúde para Procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC), pelos quais os subsídios para os serviços da RAPS eram garantidos.

Foram também consideradas as propostas de mudanças na tipificação do serviço EAP, configurando-se como a seguir: a) Nível I, mais simplificado e com equipe reduzida – um profissional de medicina psiquiátrica ou com especialização em saúde mental e dois profissionais de ciências humanas ou de saúde (enfermagem, serviço social ou psicologia) -, com carga horária semanal de 20 horas e valor do incentivo e torno de 1/3 do correspondente ao serviço atualmente implantado (minimamente, em R\$ 22.000,00), reconhecendo-se a dificuldade de alguns entes federativos para compor equipes com os profissionais previstos na

Portaria MS/GM nº 95/2014; e Nível II, exatamente como figura hoje a EAP, com 5 profissionais e 30 horas semanais.

Diante disso, seria possível fracionar o valor do incentivo, minimizando-o, em casos de equipes do nível I. A composição de uma EAP mínima, tipo I, possibilitaria a organização inicial da estratégia local e a produção de pactuações essenciais; além disso, com a escassez de recursos, tanto do FNS quanto dos fundos locais, essa reduzida equipe exigiria um valor de incentivo menor, possibilitando a habilitação de um número mais relevante de serviços no país; equipes menores, com exigências reduzidas em relação ao quantitativo de profissionais, compensariam a ausência de determinadas formações em quadros das instituições.

Discutiu-se, ainda, no contexto do DEPEN, a proposição de uma nova Resolução conjunta, num diálogo entre o DEPEN, o CNJ e o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), em alusão à Recomendação CNJ nº 35/2011, que, direcionadas aos operadores do judiciário e do MP, incorporasse mais claramente as premissas do SUS: a concepção de centrais interinstitucionais estaduais e regionais (por Comarcas), que conjugassem os diálogos entre a justiça criminal, advocacia pública, centros de direitos humanos e políticas setoriais, com o objetivo de garantir a qualidade [nas decisões] e a assertividade dos encaminhamentos de cada caso, tendo como bases os serviços comunitários.

Foi considerado imprescindível o fomento a pesquisas e a realização de censos psicossociais em todo o país, adotando como ponto de partida o estudo censitário que o DEPEN apoiou financeiramente, por convênio, que envolveu HCTP e ATP e que teve base documental (DINIZ, 2013). Esse trabalho poderia ser coordenado de modo colaborativo (envolvendo executivo, judiciário e instituições de ensino e pesquisa), sendo realizado, sobretudo, por equipes de pesquisas apoiados em equipes de dispositivos da RAPS e da atenção básica nas regiões onde se localizassem as unidades de custódia, as unidades hospitalares e asilares, públicas ou privadas (reguladas pelo SUS ou pelo SUAS), onde estivessem as pessoas com transtorno mental criminalizadas.

Outro aspecto considerado foi a dificuldade em se obter uma leitura mais clara das medidas de segurança nos estados, bem como das pessoas que aguardavam a realização dos exames periciais. As bases oficiais encontradas (MJ, 2016b; CNJ, 2016a), mantinham registros dos casos unicamente vinculados a estabelecimentos de custódia. Não se vislumbrava, com isso, os dados daqueles que, criminalizados, receberam uma medida de segurança ou tinham instaurados os incidentes de insanidade mental, e que se encontravam em unidades hospitalares do SUS, em dispositivos da RAPS (e junto à comunidade) e dos programas em meio aberto.

Sugerimos, então, que fossem inscritos e retratadas, em bases e aplicações do SUS, as pessoas em cumprimento das medidas terapêuticas, institucionalizadas ou não.

Quanto à proteção social, depreendemos que, diante da possibilidade de se construir e pactuar uma Política Nacional para Assistência Social no Sistema Prisional (objeto de estudo de uma consultoria em vigor no DEPEN, por meio do PRODOC BRA/11/2014), propusemos que, em permanente integração estratégica e operacional, fossem estabelecidos pelos sistemas de justiça e programas de direitos de cidadania, junto aos responsáveis pelo SUAS em seus contextos locais, a garantia da visibilidade de pessoas com transtorno mental criminalizadas e respectivos familiares nos programas sociais, mobilizando as equipes dos CRAS e CREAS de referência para que realizem suas buscas ativas, priorizando a inclusão dos dados do público considerado no Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo (CadÚnico).

Compreendemos que, até certo ponto, utilizou-se a Lei 10.216/2001 como a principal força normativa para justificar e embasar decisões judiciais e modelos alternativos à custódia de pessoas com transtorno mental criminalizadas. Entretanto, como interpretavam alguns operadores da justiça, a legislação específica no campo da execução penal deveria se sobrepôr, naturalmente, por tratar-se de norma especial, prevalecendo os seus dispositivos.

Ainda assim, com o advento da Lei nº 10.216/2001, entendemos ter ocorrido a revogação tácita dos artigos da legislação penal que dispunham sobre as medidas de segurança e as internações em unidades de custódia (previstos no art. 99, da LEP, e no art. 26, do CP).

Ademais, ao coligir as referências sobre os direitos humanos<sup>63</sup> e, especificamente, sobre a pessoa com deficiência – a Convenção da ONU sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD)<sup>64</sup> - as perspectivas se ampliaram pelo fato de que este conjunto de salvaguardas adquiriu status de Emenda Constitucional no Brasil, assumindo, assim, força normativa capaz de impôr a adoção de medidas que não constassem nas normas de execução penal (CP e LEP).

Com base no texto das Nações Unidas, definiu-se que as pessoas com deficiência, segundo o art. 1º, seriam “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial” e que a “deficiência psicossocial” indicaria uma condição de

---

<sup>63</sup> A Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (ONU, 1991) é outra referência a ser destacada. Congruente a isso, a Lei nº 9.455, de 07/04/1997, que define os crimes de tortura, em seu art. 1º, II, dispõe que “submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo” e § 1º, “quem submete pessoa presa ou sujeita a medida de segurança a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante de medida legal” incorre em crime de tortura.

<sup>64</sup> Assinada pelo Brasil e diversos outros estados-membros das Nações Unidas, em 2007, cujo texto foi aprovado integralmente pelo Decreto Legislativo 186, de 09/07/2008, e promulgado pelo Decreto Presidencial nº 6949, de 25/08/2009

sofrimento ou transtorno mental, cujas sequelas seriam evidenciadas, e que, “em interação com diversas barreiras”, contribuiriam para “obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”.

Lopes (2009, p. 94-95, *apud* COSTA, 2013, p. 2), traduziu o histórico sobre o processo de construção da CDPD, afirmando ter sido uma das mais complexas questões as definições acerca dos conceitos de deficiência, incluindo-se o termo “deficiência psicossocial” em razão das solicitações apresentadas pelas representações dos movimentos sociais. Assim comentou Costa (2013, p. 2-3):

Alguns países, entre eles o Brasil, manifestaram dificuldades de aceitar a última proposta. O temor era de que a inserção da expressão “psicossocial” dificultasse o processo de ratificação da Convenção, já que a legislação nacional trata de forma distinta a deficiência e a doença mental. Diante do impasse, a solução mediadora foi manter as palavras “mental” e “intelectual”, para possibilitar a cada país espaços de negociação na conceituação de pessoa com deficiência.

Ainda assim, havia similaridades entre os conceitos transtorno mental e a deficiência psicossocial, de acordo com o proposto pela CDPD, sendo características os “impedimentos de natureza mental, intelectual”, de caráter crônico, além dos sintomas e atos que se fizessem sobre o corpo e nas interações sociais e no contexto. Em referência à análise de Costa (2013, p. 4), fez-se a seguinte interpretação à luz dos princípios da CDPD:

O transtorno mental severo (esquizofrenia, transtorno bipolar e outras psicoses) ajusta-se perfeitamente ao conceito de deficiência expresso no Tratado da ONU, que contempla tanto a esfera biomédica como a social. Desse ângulo a deficiência é aferida não só com o ponto de vista médico, conferindo as limitações funcionais, mas também com o foco nas barreiras impostas pelo ambiente e pelas atitudes. Ambos componentes da definição da Convenção estão contemplados, posto que são pessoas com significativos impedimentos de natureza psicossocial e fortemente discriminadas.

Do mesmo modo, Silva (2015, p. 144), ao analisar a CDPD e, em especial, a Classificação Internacional de Funcionalidades Incapacidade e Saúde (CIFIS), publicada pela OMS em 2001, considerou a deficiência [ou desabilidade] psicossocial como “fenômeno relacional”, uma forma de “construção social” para além do “modelo biomédico”, pois, incluíam “além dos impedimentos, prejuízos ou deficiência de longo termo – as barreiras ambientais ou atitudinais que impedem o exercício dos direitos e, no caso das pessoas com transtorno mental, dificultam-lhes o processo reabilitativo”. Assim, concluiu a autora, as pessoas com transtorno mental deveriam ser consideradas “pessoas com desabilidades”, por entender que “aos diagnósticos de pessoas em sofrimento psíquico, muitas vezes, somam-se os

estigmas, dificuldades de acesso a serviços e a outros direitos, falta de habilidades sociais e outras barreiras” e que os fatores limitantes mais significativos seriam os contextos em que se encontrassem e, com menos relevância, “o transtorno com o qual são diagnosticadas”.

Esse tipo de leitura afetaria substancialmente o debate acerca dos direitos das pessoas com transtorno mental criminalizadas, especialmente aquelas que tiveram sua condição psicossocial agravada e cronificada em decorrência de contínuos ciclos de desassistência e internação: a elas deveriam ser garantidas todas as salvaguardas prevista naquele texto da ONU, obrigando-se o Estado a priorizá-las, adequando diretrizes, políticas e práticas nas redes e nos sistemas de justiça<sup>65</sup>.

Ainda, como medidas necessárias atribuídas como responsabilidades das autoridades governamentais e da sociedade, destacaram-se: a eliminação progressiva da discriminação e a promoção da integração na prestação ou fornecimento de bens e serviços essenciais às garantias dos direitos fundamentais, tais como trabalho, moradia, educação, saúde, acesso à justiça; a adoção de medidas para adequação normativa e em suas políticas setoriais, “que sejam necessárias para eliminar a discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e proporcionar a sua plena integração à sociedade”.

Ponderamos, em especial, sobre o art. 16, que estabeleceu a obrigatoriedade dos governos e da sociedade em garantir medidas apropriadas para “promover a recuperação física, cognitiva e psicológica, inclusive mediante a provisão de serviços de proteção, a reabilitação e a reinserção social”, em especial em situações em que as pessoas com deficiência forem constrangidas ou vitimadas por “qualquer forma de exploração, violência ou abuso”, devendo a sua recuperação e a sua inclusão social ocorrer “em ambientes que promovam a saúde, o bem-estar, o autorrespeito, a dignidade e a autonomia da pessoa e levem em consideração as necessidades de gênero e idade”, isto é, nos casos das pessoas com transtorno mental criminalizadas, em locais diversos das instituições de custódia.

Consideramos importante também que, ao observarem CDPD e a Lei nº 10.2016, e para acelerar os processos de desinstitucionalização, as UF fossem apoiadas para que, à luz da

---

<sup>65</sup> O texto da ONU foi composto por 26 salvaguardas, a saber: Artigo 5 - Igualdade e não-discriminação; Artigo 6 - Mulheres com deficiência; Artigo 7 - Crianças com deficiência; Artigo 8 - Conscientização; Artigo 9 - Acessibilidade; Artigo 10 - Direito à vida; Artigo 11 - Situações de risco e emergências humanitárias; Artigo 12 - Reconhecimento igual perante a lei; Artigo 13 - Acesso à justiça; Artigo 14 - Liberdade e segurança da pessoa; Artigo 15 - Prevenção contra a tortura ou os tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes; Artigo 16 - Prevenção contra a exploração, a violência e o abuso; Artigo 17 - Proteção da integridade da pessoa; Artigo 18 - Liberdade de movimentação e nacionalidade; Artigo 19 - Vida independente e inclusão na comunidade; Artigo 20 - Mobilidade pessoal; Artigo 21 - Liberdade de expressão e de opinião e acesso à informação; Artigo 22 - Respeito à privacidade; Artigo 23 - Respeito pelo lar e pela família; Artigo 24 - Educação; Artigo 25 - Saúde; Artigo 26 - Habilitação e reabilitação; Artigo 27 - Trabalho e emprego; Artigo 28 - Padrão de vida e proteção social adequados; Artigo 29 - Participação na vida política e pública; e Artigo 30 - Participação na vida cultural e em recreação, lazer e esporte.

Portaria MS/GM nº 2.840/2014, que criou o Programa de Desinstitucionalização da RAPS, se promovessem habilitações e ações de fortalecimento de equipes localizadas em territórios com alta frequência de internações de pessoas com transtorno mental criminalizadas. Desse modo, seriam evitadas as sobreposições desses componentes de desinstitucionalização da RAPS pelas EAP, potencializando esse serviço como dispositivo de “porta de entrada”.

#### **5.4. Sobre as alterações em serviços e consequentes impactos financeiros**

Outro aspecto relevante tratado no estudo realizado junto ao PNUD e ao DEPEN dizia respeito às mudanças no dimensionamento dos serviços e nas regras de financiamento da política (FIGUEIREDO, 2017).

Em função da restrita agenda orçamentária imposta desde 2015, agravado pela redução da perspectiva de investimentos estatais na política de saúde pública, com a publicação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu um novo regime fiscal para as próximas duas décadas (inibindo o crescimento de despesas da União por igual período), houve uma reduzida expectativa em relação à ampliação da disponibilidade de recursos do FNS para a política discutida neste estudo.

Tornou-se importante antever possíveis adequações aos serviços e às equipes elegíveis à política, algo apiado pelo DEPEN quando da aprovação do documento propositivo final decorrente da nossa atividade de consultoria, em 2017, com a manutenção das mesmas faixas populacionais adotadas pela Portaria MS/GM nº 482/2014, mas com a simplificação das equipes (extinção das equipes Básicas I e II com o componente saúde mental) e adequações às suas denominações, como exposto no Anexo AJ, deste estudo<sup>66</sup>. Essas possíveis adaptações foram discutidas com os interlocutores locais que atuavam em serviços de atenção à saúde das pessoas custodiadas e foi considerada uma alternativa para auxiliar na ampliação dos serviços elegíveis e viabilizar mais acessos.

Ao observar o número de unidades e população custodiada, por faixa populacional (vide Anexo AK), constatou-se que a população predominante encontrava-se em unidades maiores, mais populosas, sendo 22,4% em 186 unidades cuja faixa populacional era de 501-1200 custodiados, e 52,2% em 181 unidades com populações superiores a 1.200 custodiados, o que justificava a existência de equipes para atenção a pessoas custodiadas mais ampliadas. Por

---

<sup>66</sup> Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada I (EASC I ) equivaleria à Equipe de Atenção Básica Prisional I, sem saúde mental (EABP-I); Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada II (EASC II ) equivaleria à Equipe de Atenção Básica Prisional II, sem saúde mental (EABP-II); e Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada III (EASC III ) equivaleria à Equipe de Atenção Básica Prisional III (EABP-III).

sua vez, 51% das unidades mantinham populações inferiores a 101 custodiados, necessitando de equipes menores mas, ao mesmo tempo, do dispêndio de amplos esforços por parte das coordenações nacional e estaduais para estimular as adesões municipais.

O componente psicossocial das equipes da PNAISP foi considerado importante em sua composição, segundo a Portaria MS/GM nº 482/2014, tanto pela demanda por atenção psicossocial no sistema de justiça, em razão do sofrimento psíquico entre a população custodiada, além da necessidade de se apoiar às pessoas consideradas inimputáveis ou com incidente de insanidade mental instaurado, propiciando a sua desinstitucionalização e reorientando a sua atenção na RAPS. Entretanto, coube considerar que as restrições orçamentárias e financeiras eram imperativas, o que vinha limitando a habilitação de novos serviços e, conseqüentemente, reduzindo o acesso potencial, pela população custodiada, aos serviços em unidades de custódia e à rede de saúde; esse fator evidenciava a necessidade de se priorizar o acesso aos serviços de atenção básica, tanto quanto possível.

Desse modo, com a possibilidade de se ampliar o acesso, considerou-se a criação ou adaptação de mais serviços de atenção básica capazes de ofertar os atendimentos iniciais ao público em contextos de custódia, além das ações de vigilância, prevenção e promoção à saúde, atuando, assim, como ordenadores do acesso desse público às redes dos territórios. A Portaria MS/GM nº 2.488/2011 que aprovou a PNAB, traduziu esse conceito de agenciamento para atenção em redes, algo retratado no Anexo A deste estudo (sobre a relação nacional de ações e serviços de saúde adaptada às providências para acesso e referenciamento). Além disso, a RAPS adotava, como porta de entrada, a atenção básica e seus principais componentes<sup>67</sup>.

Outra providência considerada seria a eventual alteração dos valores pertinentes aos índices de compensação, previstos da Portaria MS/GM nº 482/2014, com a eliminação da compensação estadual e a redução do índice municipal em 50%, obtendo-se o quadro de referência constante no Anexo AL.

Cabe lembrar que o art. 3º, § 11, da Portaria MS/GM nº 482/2014, recomendou que, ao referenciar unidades com até 100 custodiados, o serviço fosse gerido pelo município. Entretanto, a municipalização de desse tipo de serviço não foi considerada compulsória, sendo resultado de pactuações intergestores e produto de consenso na região, com importante participação da autoridade prisional. Observou-se que, quanto mais focalizada e integrada à

---

<sup>67</sup> Sendo assim, as equipes para atenção a pessoas custodiadas deveriam compor esse conjunto de dispositivos para acesso à RAPS, matriciando suas ações e seus serviços com os demais serviços especializados: Centros de Atenção Psicossocial; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar, em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; e estratégias de desinstitucionalização.

gestão municipal, melhores as possibilidades de matriciamento dos serviços PNAISP à RAS e aos demais programas do sistema de garantias de direitos. Ademais, ao manter o índice de compensação aos municípios, seria possível estimular as pactuações junto aos gestores locais.

Quanto à participação financeira mínima a ser garantida pelos dos estados e DF, houve uma questão a ser reorientada. O art. 7º, da Portaria MS/GM nº 482/2014, estabeleceu que recursos para custeio mensal de serviços deveriam ser transferidos pelo FNS aos Fundos de Saúde dos estados, DF e municípios qualificados à PNAISP, condicionados à oferta dos serviços de atenção à população custodiada, cabendo aos estados e ao DF a integralização de 20% do valor correspondente ao subsídio do serviço habilitado, compondo, com o recurso transferido pelo FNS, a totalidade do incentivo a que o ente gestor do serviço teria direito.

Como mencionado neste estudo, durante o processo de planejamento e pactuação da PNAISP, em 2013, foi definido que os valores correspondentes ao incentivo mensal dos serviços seriam garantidos solidariamente pela União, pelos estados e DF, cabendo ao FNS o repasse de 80% dos valores de cada serviço, sendo a complementação realizada pelo Fundo Estadual de Saúde da unidade federativa gestora da política em âmbito estadual. Entretanto, verificou-se que o MS repassou valores integrais, ampliando os gastos pertinentes à União em, aproximadamente, R\$ 540.000,00/mês, de acordo com estimativas realizadas em março/2016.

Diante disso, recomendou-se a adoção da primeira hipótese convencionada inicialmente no contexto da SAS e expresso no art. 7º, da Portaria MS/GM nº 482/2014, com a redução do valor do repasse por parte do FNS, comprometendo-se os estados e do DF com a sua complementação em valores minimamente correspondentes a 20% do valor global do serviço. Com as alterações sugeridas, ponderou-se sobre a necessidade de se retificar o texto da norma que, a nosso ver, possibilitava interpretações dúbias quanto à composição e a proporcionalidade do subsídio financeiro por parte do FNS. Na tabela apresentada no Anexo AM, deste estudo, são demonstrados os valores por equipes, considerando as estimativas para o financiamento participativo.

Levando-se em conta a necessidade de universalização da atenção à saúde para atenção aos custodiados, como pretendeu a PNAISP, obtivemos alguns cenários para potencial habilitação dos serviços, com conseqüente aumento dos subsídios financeiros necessários. Na tabela constante no Anexo AN, foram estimados o quantitativo de equipes da PNAISP, por tipo, e os valores necessários para se garantir a cobertura de toda a população custodiada, por UF, segundo as regras vigentes na Portaria MS/GM nº 482/2014.

Considerando a habilitação de todas as equipes necessárias ao acesso pleno (MJ, 2016b), obteve-se um custo mensal de R\$ 46.477.636,87, sem o componente de saúde mental nas equipes tipo I e II, e de R\$ 59.209.766,85, com o componente de saúde mental. Isso elevaria o custo anual a R\$ 557.731.642,44 e R\$ 710.517.202,20, respectivamente<sup>68</sup>.

Com base nos valores pagos em março/2016, o custo estimado para 2016 seria de R\$ 39.911.980,92. Coube observar que 80% dos valores estimados seriam de responsabilidade do FNS e 20%, minimamente, dos fundos estaduais de saúde, tal qual fora estabelecido no art. 7º, da Portaria MS/GM nº 482/2014. Com os ajustes financeiros propostos para uma possível republicação dos serviços, face à redução da capacidade do FNS e dos fundos estaduais de saúde em subsidiar a política de cuidados destinada às pessoas custodiadas, o cenário seria previsto como exposto no Anexo AI, baseados nos valores básicos revistos para os serviços (Anexo AM) e nos índices de compensação redimensionados (Anexo AI).

Assim, se houvesse habilitação de todas as equipes, de acordo com a proposta de alteração em tipos de equipes, redução de valores de compensações e fracionamento do custo total do serviço, seriam obtidos dois hipotéticos cenários: com todos os serviços geridos pelos estados, o custo mensal total das equipes seria de R\$ 38.416.721,17 (R\$ 461.000.654,04/ano), sendo R\$ 30.733.376,94 (R\$ 368.800.523,23/ano) oriundos do FNS e R\$ 7.683.344,23 (R\$ 92.200.130,81/ano) sob responsabilidade de estados e do DF; e com todos os serviços geridos pelos municípios, o custo mensal total das equipes seria de R\$ 44.511.181,98 (R\$ 534.134.183,73/ano), sendo R\$ 35.608.945,58 (R\$ 427.307.346,98/ano) correspondentes ao FNS e R\$ 8.902.236,40 (R\$ 106.826.836,75/ano) sob responsabilidade estadual (exceto o DF).

Considerando o valor máximo possível em habilitações, na perspectiva da Portaria MS/GM nº 482/2014, que seria de R\$ 710.517.202,20 (gestão municipal de serviços para até 100 custodiados, gestão estadual para as faixas superiores a 100), e o custo máximo estimado para uma eventual queda em custos de subsídios do FNS, que seria de: R\$ 427.307.346,98/ano, caso todos os serviços fossem geridos pelos municípios, resultando em redução de R\$ 283.209.855,22/ano (40%); R\$ 368.800.523,28/ano, caso a totalidade de serviços fosse gerida pelos estados e DF, com a redução de até R\$ 341.716.678,91/ano (61%), para o FNS.

Cabe lembrar que, em relação ao serviço para reorientar a atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada, considerou-se a tipificação de duas equipes EAP – Nível I, de 20 horas semanais; e Nível II, com 5 profissionais e 30 horas. Nesse caso, o valor do incentivo

---

<sup>68</sup>Ainda que se apresentasse o cenário desejável de cobertura plena da população custodiada, com dimensionamento baseado em critérios técnicos e na demanda emergente, surgiram dificuldades no processo de planejamento orçamentário e financeiro para alcançar esse propósito, especialmente em função das diversas questões políticas que influenciaram as pactuações e das limitações econômicas nas respectivas administrações.

sugerido para o Nível I foi de, minimamente, 1/3 do correspondente ao serviço atualmente implantado (R\$ 22.000,00); e, para o Nível II, o valor de R\$ 66.000,00. Em relação aos subsídios financeiros complementares, propôs-se o financiamento participativo estadual mínimo equivalente 20% do incentivo do FNS.

Quanto ao à saúde de profissionais que atuavam em serviços penais, foram apresentados alguns indicativos. Uma primeira iniciativa sugerida foi a realização de estudos e a construção de um sistema nacional de cuidados em saúde desses profissionais de modo cooperativo - envolvendo o DEPEN, a Coordenação Nacional da PNASTT/MS, o Ministério do Trabalho, os estados e o DF, além de instituições de ensino e pesquisa (capazes de prestar a necessária assistência técnica e ofertar processos educativos). Esse sistema estaria alinhado às direções estaduais de saúde dos servidores em administrações prisionais e à PNASTT e respectivos centros regionais e municipais de referência. Como parte disso, avaliou-se a possibilidade de adotar subsídios financeiros que pudessem incentivar a sua implementação e apoiar os serviços.

Os valores dos incentivos previstos na Portaria MS/GM nº 2.728/2009, art. 10 e 11, consistiram de subsídios para implantação, no valor de R\$ 50.000,00, no ato da habilitação, e custeio mensal de R\$ 40.000,00, para CEREST estadual, e R\$ 30.000,00, para CEREST municipal ou regional. Algumas modalidades de recursos descentralizados para fortalecimento de capacidades de gestão do sistema local e dos serviços inerentes à política de cuidados em saúde de pessoas em unidades de custódia foram considerados úteis, podendo ser adotadas pelo FUNPEN e de acordo com a Portaria MJ nº 1.414/2016<sup>69</sup>.

Para incentivar e qualificar a atenção ao trabalhador em serviços penais, com o fortalecimento de unidades e centros de referência em saúde ocupacional, estimulando o matriciamento com CEREST municipais, regionais e estaduais, e serviços da RAS, previu-se a destinação de recursos aos fundos penitenciários estaduais e municipais, mediante termo de pactuação junto às coordenações estaduais e nacional da política de cuidados, em parcelas anuais, composto por recursos para custeio. Foram propostos os valores correspondentes à Portaria nº 2.728/2009, sendo R\$ 40.000,00, para matriciamento com CEREST estaduais, e R\$ 30.000,00, para matriciamento com CEREST regional ou municipal, com o financiamento

---

<sup>69</sup> Para tanto, caberia apoiar aos entes federativos na implementação de regulamentação específica e sistema de regulação, de acordo com premissas consignadas na Portaria MJ nº 1.414/2016 e Medida Provisória 755/2016, para apoiar aos municípios-sede de comarcas e/ou com unidades de custódia em seus territórios no fomento e no fortalecimento de fundos penitenciários municipais e conselhos de gestão pública pertinentes (conselhos penitenciários municipais ou de defesa social ou direitos humanos e cidadania), para garantir a descentralização e a execução de recursos oriundos dos Fundos Penitenciários Nacional e Estadual.

participativo de no mínimo 20% em valores a serem integralizados pelo estado no fundo penitenciário estadual ou municipal de saúde.

Além disso, propôs-se o repasse de recursos anuais oriundos do FNS aos fundos de saúde gestores dos respectivos CEREST (estaduais e dos municípios de referência), em áreas de abrangência de unidades de custódia. Esses valores poderiam compor a parcela anual da política que se dedicaria a melhorar a vigilância em saúde e agenciar os cuidados (em redes e serviços de saúde ocupacional) em relação ao trabalhador em serviços penais – composto por despesas de custeio -, correspondendo aos mesmos valores estimados para o FUNPEN<sup>70</sup>.

Desse modo, um sistema de incentivos à implantação e à operacionalização dos serviços, composto por subvenções a serem conferidas pela União, estados e DF para a implantação e a implementação dos serviços para promoção da saúde, com recursos financeiros destinados à instalação de serviços, melhorariam o funcionamento dos serviços de modo intermitente. Esse tipo de incentivo seria dividido em três componentes: a) subsídio para implantação de serviços para atenção à saúde da população custodiada em pontos de atenção; b) subsídio para incentivar e qualificar a atenção ao trabalhador em serviços penais; e c) subsídio para fortalecimento da gestão da política de cuidados em unidades de custódia.

Pela proposta formulada pelo nosso trabalho consultivo, cogitou-se a possibilidade da adoção de subsídios do FUNPEN para implantação de serviços para atenção à saúde da população custodiada em pontos de atenção que referenciassem mais de 100 custodiados. Podendo ser transferido a fundos penitenciários estaduais e municipais, seria composto por recursos de capital, ao valor médio equivalente aos recursos destinados a aparelhamento de unidades de saúde em prisões por meio dos convênios firmados pelo DEPEN.

Foram identificadas 665 unidades de custódia alcançadas pelos convênios, entre 2011 e 2015, totalizando R\$ 45.955.549,53 em investimentos por parte do DEPEN destinados aos entes federativos para estruturação ou adequação de dispositivos de saúde, beneficiando a 502.083 custodiados (MJ, 2016b). Sendo assim, propôs-se o valor básico de R\$ 69.107,10, valor médio investido em convênios ao longo do tempo (algo a ser debatido e melhor calculado junto ao MS e outros atores), a ser composto por 80% oriundos do FUNPEN e pelo

---

<sup>70</sup> Lembrando que, como tratado em item anterior deste estudo, a adoção de subsídios financeiros e o empreendimento de assistência técnica por parte das coordenações nacionais e estaduais de saúde do trabalhador do SUS e da política de cuidados em estudo seriam considerados centrais para um sistema de cuidados em saúde do trabalhador em prisões, contribuindo para o fortalecimento da gestão e da oferta de serviços em redes, com a certificação dos municípios que contassem com população privada de liberdade superior a 500 enquanto “municípios-sentinela” (de acordo com a Portaria MS/GM nº 2.728/2009), qualificando a vigilância em saúde o trabalhador nesse campo. Considerando que a Resolução CNPCP nº 09, de 09/03/2009, estabeleceu um número mínimo de um agente prisional para cinco custodiados, compreendemos que o número mínimo de profissionais de serviços penais atuando em dado município, para torná-lo “município sentinela”, seria 100.

financiamento participativo mínimo de 20% integralizados pelos Fundos Penitenciários Estaduais.

Em caráter complementar, sugeriu-se que o subsídio para fortalecimento da gestão da política de cuidados em contextos de unidades de custódia – composto por recursos de custeio -, pudesse ser destinado aos estados, DF e municípios, cujos fundos penitenciários estivessem ativos e que contassem com serviços habilitados e funcionais, devendo ser repassado de modo regular e automático. Propôs-se que esse valor fosse vinculado ao cumprimento de metas pactuadas pelo ente federativo, durante o exercício anterior ao da concessão do subsídio, sendo dimensionado em estudos posteriores do DEPEN.

Considerou-se que a coordenação nacional da política tratada aqui e as coordenações estaduais e grupos condutores, numa forte interação com o judiciário, buscassem implementar sistema de regulação de aplicação dos recursos oriundos do FUNPEN, de acordo com premissas consignadas na Portaria MJ nº 1.414/2016 e Medida Provisória nº 755/2016. Essas iniciativas serviriam para apoiar aos municípios-sede de comarcas e/ou com unidades de custódia em fomento e fortalecimento de fundos penitenciários municipais e conselhos de cogestão pertinentes (conselhos penitenciários municipais, defesa social ou congêneres), para garantir a descentralização e a execução de recursos oriundos do FUNPEN e de fundos estaduais na implementação das políticas para atenção à saúde da população custodiada, além de contribuir para que as autoridades locais promovessem programas de observação cautelar, inclusão social de egressos, centrais de alternativas penais, estratégias para desinstitucionalização de pacientes judiciários, dentre outros que pudessem prever a atuação cooperativa de municípios, especialmente em relação às políticas sociais básicas e de participação social.

## 6. CONCLUSÃO

A política para cuidados em saúde de pessoas em prisões emergiu como alternativa às formas comuns das assistências carcerárias previstas na legislação penal e caminho para acesso à saúde pública. Nesse campo de interações institucionais e recontextualizações de conhecimentos e práticas, a PNAISP colocou-se como importante orientação ético-política e pragmática forma de melhoria de práticas prisionais, contribuindo substancialmente para reconhecimento de direitos e mudanças de concepções no universo da execução penal.

Ocorreram avanços, com boas iniciativas e consequências positivas com o plano e a política de atenção à saúde da pessoa privada de liberdade, em temporalidades e soluções que se diferenciavam às vezes, mas colocando-se comumente o MS e o MJ como mobilizadores de demandas, saberes e recursos técnicos nos territórios. Em decorrência disso, algo se alterou nos sistemas de custódia, ao passo que as práticas e concepções inerentes ao SUS vinham se imiscuindo em estruturas e contextos de prisões.

Vários aspectos restritivos foram identificados no decurso da implementação do PNSSP e da PNAISP. Esses fatos serviram para encorajar a construção de propostas para melhoria dessas interfaces entre os sistemas de saúde e de justiça, sem invalidar os esforços anteriores para efetivação da política para atenção à saúde da população custodiada.

Entretanto, essas mudanças não assumiram caráter sistêmico, profundo, pois as características do “poder epistemológico” do sistema de punição e controle, como interpretou Foucault (2005, p. 121-122), eram ainda mais determinantes que os efeitos produzidos pelo interjogo proposto pelo SUS. Como ocorreu ao longo da reforma sanitária no país, essa dinâmica para mudanças amplas das realidades sanitárias em prisões necessitaria de tempo, estudos, participação, sensibilização, corresponsabilização e esforços combinados.

Pudemos distinguir alguns fatores que lentificaram a construção de um amplo e acessível sistema para cuidados do público custodiado, advindos, talvez, da cultura predominante dos sistemas carcerários, ainda indissociável das perspectivas de poder, vigilância e punição nos contextos de custódia; mas, também, decorrentes da resistência de alguns atores públicos e da sociedade, talvez sob os efeitos das concepções e práticas de poder e segregação do mundo carcerário, num ato contínuo, mantendo a “generalidade carcerária, funcionando em toda a amplitude do corpo social e misturando incessantemente a arte de retificar com o direito de punir” (FOUCAULT, 1999, p. 331), deslegitimando as demandas dos que viviam e

conviviam em prisões e minimizando esforços e recursos necessários à produção das necessárias agendas de direitos destinadas às pessoas nessas circunstâncias.

Reconhecemos concepções ainda muito presentes em contextos de justiça e da sociedade em geral, tais como o temor à ameaça e a representação de inutilidade social em relação às pessoas criminalizadas. Como discutimos anteriormente, marcadores de desvantagens sociais apresentados por alguns sujeitos os tornaram mais susceptíveis às estratégias sistêmicas de exclusão e criminalização, reproduzindo as desigualdades encontradas na sociedade. A sociedade, de modo geral, acreditou que a beligerância e o desrespeito às leis eram atributos mais comuns às pessoas não brancas, empobrecidas e que viviam às margens, destituídas de direitos, de propriedade e de importância para o sistema social e de produção.

Concordando com essa afirmação, ao analisar a lógica do sistema penal da América Latina, construída invariavelmente por contínuos processos de exclusão, controle social e afirmação de estruturas de poderes, Zaffaroni (2001, p. 27) alegou que o sistema de justiça penal seria muito seletivo, dirigindo-se mais frequentemente contra algumas pessoas e classes sociais, considerando ser esta seleção “produto de um exercício de poder que se encontra, igualmente em mãos dos órgãos executivos, de modo que também no sistema penal ‘formal’ a incidência seletiva dos órgãos legislativo e judicial é mínima”.

Em sua análise, Foucault (2005, p. 121) caracterizou o poder exercido em prisões como algo que “de certa forma, atravessa e anima estes outros poderes”, para “extrair dos indivíduos um saber e extrair um saber sobre estes indivíduos submetidos ao olhar e já controlados por estes diferentes poderes”; um saber que se produziu no campo dos serviços judiciários e penais, em “melhoramentos técnicos, as pequenas invenções e descobertas, as micro-adaptações”.

A formação de grande parte dos profissionais de gestão e serviços penais baseou-se sobretudo nas premissas e modelos da formação policial, cujo saber técnico e operativo seria utilizado para “permitir um reforço do controle” (e, nesses reforços, basearam-se os procedimentos operacionais, modelos de gestão, etc.). Do mesmo modo, operavam-se no cotidiano das suas práticas um saber-poder sobre os indivíduos, decorrente da sua observação, “da sua classificação, do registro e da análise dos seus comportamentos, da sua comparação”, configurando num saber tecnológico, utilitarista, “de certa forma clínico, do tipo da psiquiatria, da psicologia, da psico-sociologia, da criminologia, etc.” (FOUCAULT, 2005, p 121), tendo em cada sujeito contido “uma ‘alma’ a conhecer e uma sujeição a manter” (FOUCAULT, 1999, p. 321),

Historicamente, essas práticas predominaram em prisões e ocuparam substancialmente as rotinas dos serviços penais, “a primeira das grandes operações”, pela “constituição de quadros vivos que transformam as multidões confusas, inúteis e perigosas em multiplicidades organizadas” (FOUCAULT, 1999, p. 127), pela vigilância, pelo manejo instrumental, num estoicismo crescente diante das mazelas alheias, reduzindo as subjetividades ao utilitarismo e ao controle de um sistema logístico. A punição, perseverando na história, mantendo o seu “fundo suplicante” colocou-se, então, de acordo com Foucault (1999, p. 13), como:

[...] a parte mais velada do processo penal, provocando várias conseqüências: deixa o campo da percepção quase diária e entra no da consciência abstrata; sua eficácia é atribuída à sua fatalidade não à sua intensidade visível; a certeza de ser punido é que deve desviar o homem do crime e não mais o abominável teatro; a mecânica exemplar da punição muda as engrenagens. Por essa razão, a justiça não mais assume publicamente a parte de violência que está ligada a seu exercício.

O autor nos mostrou que, no mundo contemporâneo, a violência das prisões não desapareceu, mas tornou-se mais sutil, sob o pretexto da “humanização da penalidade”.

Isso se reproduziu em relação aos adultos inimputáveis, em práticas ainda predominantes no país, sendo que a reforma psiquiátrica ainda não afetou tão profundamente os dispositivos e as operações do sistema de justiça. Esses aspectos se revelaram em parte dos sistemas estudados, sendo reduzida a preocupação com as condições de vida anteriores à entrada no ciclo da justiça criminal, os determinantes sociais de pobreza e exclusão, algo constatado ao olharmos para as escassas formas de cuidado ofertadas às pessoas com transtorno mental criminalizadas. O temor ao perigo sustentava-se no senso comum, ecoando também entre componentes dos diversos serviços das redes de saúde e proteção social que, em parte, afetados pelos mecanismos sociais da estereotipagem, se negavam a ofertar os cuidados às pessoas criminalizadas, considerando que estas, “tão potencialmente perigosas”, seriam exclusivamente “problemas da justiça”. Repetindo o “princípio do confinamento e do ideal da normatização do sujeito louco no asilo” (AMARANTE e TORRE; 2001, p. 74), esses estereótipos também reforçaram o atavismo das práticas judiciais utilizadas em grande medida no país.

Em suas assimetrias em relação aos outros sistemas (de saúde, por exemplo), a humanização das penas e assistências nos cenários prisionais, em seu “panoptismo”, com processos técnicos de coerção e disciplinas, preferiram criar e manter os seus subsistemas em substituição aos serviços inerentes ao SUS, ao SUAS e outras políticas setoriais.

O panoptismo, segundo Foucault (2005, p. 87-88), seria caracterizado também pelo exame, como “uma forma de poder”, para explicar o passado do sujeito e predizer o seu futuro, e pela vigilância, devendo-se “vigiar sem interrupção e totalmente” por “alguém que exerce sobre eles um poder – mestre-escola, chefe de oficina, médico, psiquiatra, diretor de prisão” que, no exercício desse poder, teria “a possibilidade tanto de vigiar quanto de constituir, sobre aqueles que vigia, a respeito deles [...] um saber de vigilância, de exame, organizado em torno da norma pelo controle dos indivíduos ao longo de sua existência”.

As práticas disciplinares se afirmaram e se tornaram crescentes e mais precisas tecnicamente, reforçando a ideia de que os subsistemas “assistenciais” deveriam ser preferencialmente produzidos pelas administrações prisionais, numa continuidade daquilo que foi descrito como as “sete máximas universais da boa ‘condição penitenciária’” (FOUCAULT, 2005, p. 296-298; VASCONCELOS, 2000, p. 10):

1. Princípio da Correção - Transformar o comportamento dos indivíduos;
2. Princípio da Classificação - Utilizar disposições e técnicas corretivas para isolar e repartir os indivíduos de acordo com a pena e a idade;
3. Princípio da Modulação das Penas – Modificar as penas, se for o caso, de acordo com a individualidade dos presos e com os resultados obtidos;
4. Princípio do Trabalho como obrigação e como direito - transformar e ressocializar o detento tendo o trabalho penal como fator essencial;
5. Princípio da Educação Penitenciária - Proporcionar condições de aprendizagem escolar e profissional aos detentos;
6. Princípio do Controle Técnico da Detenção – Controlar os detentos com pessoal especializado que possua capacidades morais e técnicas;
7. Princípio das Instituições Anexas - Acompanhar e assistir o egresso até a sua total readaptação.

Sendo essas “máximas” parte do universo das “modalidades panópticas”, a autora assegurou que, ainda que baseadas “nos princípios fundamentais para obtenção de condições favoráveis à pena de reclusão”, grande parte dos sistemas de custódia não obtiveram muito sucesso “no sentido de proporcionar à instituição prisão uma feição regeneradora” (VASCONCELOS, 2000, p. 10), refletindo que privilegiavam “questões ligadas à segurança e disciplina, onde o importante é o preso não infringir as regras disciplinares e, principalmente, não fugir”, considerando que os “princípios de uma boa ‘condição penitenciária’, como a regeneração através do trabalho penal ou educação como instrumento de ressocialização, não constituem, portanto, objetivos do nosso Sistema Penitenciário”.

Destacando a natureza “embaraçosa e paradoxal” da prisão, Vasconcelos (2000, p. 10-11) afirmou que os sistemas de custódia também deveriam reparar-se, regenerar-se, pois as violências em prisões seriam provenientes não apenas da interação entre custodiados e

profissionais dos serviços penais, mas da “permanente condição potencializadora de violência a que é submetida a população carcerária”, exacerbando as tensões continuamente. Essas tensões e os riscos, agravados pelo excesso populacional nas unidades, cabe lembrar, também se colocaram como fontes de sofrimento para as pessoas responsáveis pela execução das operações carcerárias – agentes de custódia – e especialistas dedicados às assistências.

Ainda que o SUS tivesse se colocado como universal e a cobertura da atenção básica alcançado relativa extensão, o acesso potencial a serviços de saúde pela população mantida sob custódia em unidades da justiça criminal foi considerado restrito, sendo que as demandas dessa população eram reconhecidas e atendidas, em sua maioria, quando se tornavam mais críticas (casos de urgências e emergências), comumente incidindo sobre os dispositivos de média e alta complexidades nas redes de saúde, principalmente por não terem sido prevenidas ou adequadamente diagnosticadas e tratadas em tempo. De certo modo, diversos órgãos da execução penal buscaram adquirir suficiência na oferta de assistências e produzindo, de modo inequívoco, em suas “modalidades panópticas”, diversos subsistemas [em sobreposições] levando a descompassos entre o que se operava no interior das prisões e as políticas sociais básicas. Por sua vez, ao longo da história, instâncias da saúde pública reduziram as necessidades de saúde da população criminalizada a um problema exclusivamente do sistema prisional.

Diante dessas realidades, as práticas pertinentes à política de cuidados em saúde das pessoas em prisões passaram, gradativamente, a se interpor em meio a dois sistemas complexos e diferenciados em suas concepções político-institucionais, percepções acerca dos sujeitos e práticas comumente adotadas. Seus principais aspectos referiram-se à garantia do acesso dessa população aos serviços de saúde na rede do seu território de vivência, ainda que sua custódia fosse efêmera, adequando-se às trajetórias dos que se movimentavam entre as unidades, e nas diversas formas de aplicação da sanção penal. A humanização de práticas, percebida com a integração dos serviços do SUS aos serviços penais, pareceu-nos mais efetiva do que as aludidas formas de humanização das penas pelos sistemas de justiça, interpretadas muito mais como maneiras de suavização na “economia calculada do poder de punir” (FOUCAULT, 1999, p. 120).

Com o tempo, apoiados pelos sanitaristas, pesquisadores e ativistas sociais, diversos atores da justiça criminal intensificaram apelos consideráveis no sentido do reconhecimento dos direitos, sendo que várias pautas foram empreendidas, a exemplo da reorientação da atenção à pessoa com transtorno mental criminalizada, da garantia de atenção em saúde das

mulheres encarceradas e respectivos filhos e dos esforços para proposição e implementação do PNSSP e da PNAISP.

Desses movimentos crescentes da saúde coletiva em contextos que se constituíam e marcavam as trajetórias dos sujeitos encarcerados e dos que trabalhavam em serviços penais, o sistema de justiça buscou colocar-se como um importante elo na criação de condições para a oferta dos cuidados em saúde por meio do SUS. Em função disso, as experiências mais satisfatórias ocorreram pela melhoria contínua de capacidades de governança e de processos de trabalho dos dois sistemas públicos convergentes na PNAISP, com abertura às práticas de cuidado inerentes à saúde coletiva, revelando que os sujeitos em contextos de custódia seriam também titulares de direitos.

O fator determinante desse conjunto integrado de medidas foi, a nosso ver, a reorientação de interpretações acerca dos sujeitos criminalizados, em oposição às concepções determinaram as principais práticas de sujeição das massas carcerárias ao longo do tempo e que estiveram por trás da gênese das realidades trágicas das prisões. Observamos decisões e mudanças concretas em diversas situações, muitas delas por iniciativas de pessoas que participavam de instituições da justiça criminal, como o DEPEN, CNPCP, CNJ e órgãos estaduais das administrações prisionais e do judiciário.

Mudanças significativas em realidades ocorreriam mais facilmente com as implicações dos diversos componentes das políticas sociais básicas, universais, territorializadas, como aquelas dedicadas à educação, à seguridade social, ao trabalho. A saúde coletiva, como observamos em alguns contextos, tornou comuns os movimentos de concertações, compartilhamentos informações e aprendizagens entre diversos serviços e dispositivos, constituindo-se em importante arranjo lógico dedicado ao ato de cuidar.

Essas mudanças e renormalizações, na definição de Schwartz (2004, *apud* SHERER *et al*, 2009. p. 722), recorrentes principalmente em cenários prisionais e afetadas pela saúde coletiva, resultaram das “múltiplas gestões de variabilidades impossíveis de serem antecipadas”, compartilhadas e constituídas por “seres e grupos” tão antagônicos, “sempre singulares e em situações de trabalho, também, singulares” mas que levaram a crescentes sofisticções das leituras de realidades e das práticas.

Parte dessa mudança do *ethos* em contextos do sistema de justiça deveu-se às influências da crítica epistemológica (AMARANTE, 1994; BASAGLIA, 1995) e da presença de diversos atores dedicados às políticas de cuidados no SUS, com seus conceitos e percepções muitas vezes contrastantes com aqueles comuns aos da justiça, habituados à focalização das

práticas, às leituras multifacetadas dos sujeitos e dos territórios, à construção participativa, que, desde períodos anteriores a publicação do PNSSP, preocupavam-se com o combalido sistema de custódia e seus riscos sanitários.

E, dentre várias pessoas que percorriam o universo da justiça criminal, os que mais atuavam em prol dessas mudanças orientavam-se de modo mais progressista, inspirados também em movimentos de direitos humanos, na reforma psiquiátrica e em premissas do modelo garantista do direito, preocupados com a consolidação dos direitos fundamentais e pautados na “tutela das liberdades do indivíduo frente às variadas formas de exercício arbitrário de poder” (BOBBIO *apud* FERRAJOLI, 2002, p. 7)<sup>71</sup>.

Encontramos, também, profissionais cujas formações se deram nas áreas de ciências humanas, sociais e da saúde, em competências diversas do Direito, que assumiram postos de gestão, assessoramento técnico e conselhos em instâncias como o DEPEN, CNJ, CNPCP, administrações prisionais estaduais, unidades de custódia, dentre outras. Essas presenças, facilitadoras na produção de interfaces com o SUS, se revelaram imprescindíveis na adoção de uma visão mais integral dos sujeitos sob custódia e numa leitura multifacetada das práticas e políticas que se apresentavam possíveis.

Em especial, foi considerado algo complexo e emblemático ter que operar o cuidado combinando-se a processos antagonistas (como os serviços penais) e em contextos tão críticos, colocando o sujeito no centro das preocupações. De todo modo, em suas características contrastivas com o campo penal, essas práticas e concepções inerentes à política de cuidados em saúde geraram algum referencial empírico e ampliaram “as interfaces a gerir”, colocando “novos desafios no plano das competências [...] articulando necessidades de polivalência e de especialização”, além de lidar com a autonomia e a responsabilização dos envolvidos nessas práticas (inclusive custodiados), tomando aqui assertivas de Sherer *et al* (2009, p. 724).

Vimos que, em parte, os operadores dos sistemas de justiça foram positivamente afetados por esses movimentos. Por vezes antagonizados pelos profissionais do cuidado, esses operadores habituados aos mecanismos automáticos e à eficácia assegurada no “esquema

---

<sup>71</sup> Em oposição as filosofias e práticas utilitaristas e coercitivas no campo da justiça, fundamentadas em concepções da pena e “tecnologias penais autoritárias e antigarantistas, como as da prevenção especial ou as da defesa social, orientadas ao objetivo da máxima segurança possível” e no “positivismo jurídico” que, mesmo sendo “base do princípio da estrita legalidade”, permitiu “modelos penais absolutistas, caracterizados pela ausência de limites ao poder normativo do soberano”, mostrando-se “completamente neutro a respeito de todas as demais garantias penais e processuais” (FERRAJOLI, 2002, p. 29-30). O “garantismo”, asseverou o autor, significava “a tutela daqueles valores ou direitos fundamentais, cuja satisfação, mesmo contra os interesses da maioria, constitui o objetivo justificante do direito penal, vale dizer, a imunidade dos cidadãos contra a arbitrariedade das proibições e das punições, a defesa dos fracos mediante regras do jogo iguais para todos, a dignidade da pessoa do imputado, e, conseqüentemente, a garantia da sua liberdade, inclusive por meio do respeito à sua verdade” (*ibidem*, p. 271).

panóptico” (FOUCAULT, 1999, p. 229) pelos quais consolidaram suas práticas, se depararam com tensionamentos e contrastes que os levaram, com efeito, à reflexão crítica acerca dos seus contextos e papéis.

Colocando atores da justiça criminal e, especialmente aqueles implicados em serviços penais, diante de novas questões, profissionais dedicados aos cuidados em saúde puderam criar e ampliar espaços para escuta do que custodiados, familiares e trabalhadores em prisões queriam dizer, em consideração às suas múltiplas demandas e queixas; e, nessas escutas, fazendo emergir os sinais do sofrimento em decorrência das condições das prisões, das práticas de violências, das insuficiências, das contradições.

Estratégias, planos, operações, práticas disciplinares e outros fatores se combinaram nesses cenários prisionais, onde trabalhos prescritos nos estatutos, em seus “objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los”, feitos pela sociedade, pelas instituições, e também “pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e em grupo”, algo não somente oficial” (SHERER *et al*, 2009, p. 722). Em torno de projetos comuns e acordos, por vezes tácitos, a necessidade de proteção mútua face ao risco, a busca de afirmação de poder e controle das massas confusas das prisões, se colocaram como determinantes do trabalho prescrito e afirmados no campo concreto. Nesse universo de recursos políticos<sup>72</sup> e tentativas estatutárias, predominaram a dinâmica e os efeitos do trabalho real, mas “também àquilo que é avaliado na incerteza, descartado com pesar ou sofrimento, por meio do debate de normas sempre presente [...] nessa dialética de uso de si” pela qual “o trabalhador faz uso de si mesmo em função do que os outros lhe demandam e do que ele próprio se demanda, e faz uso dos demais”, num interjogo expressivo do “coletivo de trabalho” (SCHWARTZ, 1998, *apud* SHERER *et al*, 2009, p. 722). Estratégias de defesas combinadas pelos trabalhadores, confrontações e ações abusivas de controle e subjugação, para além dos estatutos, foram exemplos disso.

Daí, observamos a importância da melhoria dos cuidados em saúde de trabalhadores em serviços penais, gerando efeitos transformadores sucessivos e crescentes pelas influências da saúde coletiva. Esses esforços levariam à compreensão dos efeitos patogênicos das prisões sobre as pessoas que lá trabalhavam e ao agenciamento de cuidados também necessários a elas,

---

<sup>72</sup> Os recursos políticos, no sentido atribuído por Passos e Barros (2009, p. 151), surgiram enquanto possibilidade e forma de “atividade humana que, ligada ao poder, coloca em relação sujeitos, articula-os segundo regras ou normas não necessariamente jurídicas e legais”.

rompendo com diversas operações da engenharia punitiva, convertendo-as em componentes hípidos e em formas mediadoras para reparação e construção de liberdades<sup>73</sup>.

As múltiplas premissas presentes no SUS também compunham o conjunto de trabalhos prescritos capazes de influenciar a gestão e as operações carcerárias, colocando-se como favorecedores à recontextualização dos saberes, a-significantes, e às renormalizações. Esses caminhos, colocaram-se como apostas ético-políticas possíveis, em oposição às verdades [imperativas] marcadas por conotações negativas produzidas nos contextos da justiça criminal e em redes de saúde (ainda refratárias, em parte, diante das demandas de custodiados).

Percebendo os benefícios advindos das interfaces com o SUS, pudemos observar, com auxílio de Chevallard (1991, p. 214-215), algumas formas de reconexualização de saberes inscritos na saúde coletiva nos tecidos da execução penal, pelas quais se deram importantes práticas de produção de cuidados e alterações em abordagens penais. Esses movimentos adaptativos, interferindo nos trabalhos reais, levaram à renormalização em estatutos prisionais e redes de saúde, considerando que as unidades de custódia, enquanto espaços habitáveis e de trabalho, poderiam configurar-se como pontos de atenção e *locus* de cuidados.

Pudemos compreender que esses esforços também se configuraram como formas de reparação estatal em resposta às inadequações em prisões e às recorrentes violações de direitos, além de se tornar um bom exemplo de garantia de compensações a governos locais e de produção de externalidades positivas nos territórios afetados pelas presenças das prisões, com o intuito de melhorar capacidades para provisão de serviços sanitários, afetando também toda a rede local.

Mas, o que nos pareceu mais impactante foi a sistemática política de encarceramento que levou ao crescimento acelerado da população em condição de privação de liberdade, colocando-se como importante geradora de situações críticas e como impeditivo para adequação das estruturas e serviços penais, de suficiência de recursos e a organização e produção do cuidado em saúde. Demasiadamente cristalizados, esses aspectos acabaram por favorecer o agravamento das condições de vivência e saúde nas unidades, reforçando fatores patogênicos, e reduziram a capacidade estatal de assegurar as necessárias medidas de salvaguardas (pois, os recursos jamais seriam suficientes diante do crescimento exponencial da população encarcerada).

---

<sup>73</sup> Nesse sentido, entendemos também a importância da construção de um sistema nacional de cuidados em saúde de trabalhadores em serviços penais que se apoiasse, sobretudo, na PNASTT e em sua rede de centros de referência, em políticas de trabalho e seguridade social e na política de cuidados destinada às pessoas custodiadas.

Nesses casos, entendemos que deveriam ser intensificados diversos mecanismos já existentes no sistema de justiça e de salvaguardas sociais, deixando de colocar a construção e a utilização de prisões no centro dos principais investimentos da justiça criminal. Além de uma ampla política de cuidados, como pudemos discutir aqui, destacamos algumas dessas importantes iniciativas: a adoção de políticas de desencarceramento, com a conversão de inúmeras penas privativas de liberdade em penas restritivas de direitos, em uma forma cautelar; o fortalecimento das políticas estaduais e locais para penas e medidas alternativas, descoladas das administrações prisionais e centradas essencialmente no judiciário e em políticas de salvaguardas sociais nas redes dos territórios; as audiências de custódia de modo mais intensivo e amplo<sup>74</sup>; a descriminalização dos usuários de drogas psicotrópicas ilícitas e o direcionamento das suas demandas às redes de saúde; a reorientação da atenção às pessoas com transtorno mental criminalizadas em direção aos dispositivos de base comunitária do SUS e do SUAS; a reengenharia das operações carcerárias e a qualificação dos serviços penais, tendo em perspectiva a formação de mediadores e apoiadores à inclusão social, dada a importância interativa do ofício penal; a constituição de programas de inclusão social de egressos dos sistemas prisionais baseada essencialmente em dispositivos da rede SUAS e outras políticas sociais básicas, sendo produzidos por arranjos entre o judiciário e o sistema de garantia de direitos; a criação de interfaces com as demais políticas sociais básicas, tornando-as vertentes para a educação, o trabalho e outros direitos sociais destinados às pessoas sob custódia; o fomento à participação social no sistema de justiça criminal, apoiando a implementação, a qualificação e o fortalecimento de Conselhos da Comunidade em sedes de Comarcas e municípios com unidades de custódia.

Colocamo-nos diante da afirmação de Bobbio (1992, p. 12), que compreendeu o universalismo dos direitos resultante de “uma lenta conquista” construída historicamente, fundada em teorias filosóficas e por meio de lutas sociais; se um direito universal significava “não algo dado objetivamente, mas algo subjetivamente acolhido pelo universo dos homens”, a

---

<sup>74</sup> Tratava-se de uma providência no contexto da justiça criminal que estabeleceu que toda pessoa presa em flagrante delito deveria ser apresentada à autoridade judicial, em até 24 horas, independente da motivação ou natureza do ato, de acordo com o art. 8º da Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José) e a Resolução CNJ nº 213, de 15/12/2015, tornando possíveis (CNJ, 2016b): o conhecimento de possíveis casos de tortura e a tomada de providências pelo judiciário e MP; a prevenção do “ciclo da violência e da criminalidade, quando possibilita ao juiz analisar se está diante da prisão de um criminoso ocasional ou daqueles envolvidos com facções penitenciárias”; “o relaxamento de eventual prisão ilegal”; “a concessão de liberdade provisória, com ou sem fiança”; “a substituição da prisão em flagrante por medidas cautelares diversas”; “a conversão da prisão em flagrante em prisão preventiva”; “a análise da consideração do cabimento da mediação penal, evitando a judicialização do conflito, corroborando para a instituição de práticas restaurativas”; e “outros encaminhamentos de natureza assistencial”.

garantia do direito à saúde de pessoas criminalizadas dependeria do compartilhamento desses valores, nos âmbitos das instituições e da sociedade.

Assim, como ao longo da história da humanidade, observamos os contrastes entre diferentes categorias de pessoas e grupos sociais, como os verificados em relação aos que se encontravam em situação de privação de liberdade. Essa antinomia, ou relativização de direitos, como pudemos ver, foi admitida em razão do julgamento moral que se fazia do sujeito custodiado, do exercício do poder e do controle em contextos de prisões e manicômios.

Seguramente, mecanismos de salvaguardas sociais para pessoas nesses contextos, combinadas às alternativas ao aprisionamento, auxiliariam na superação das contradições encontradas e propiciariam a gradual conquista do universalismo dos direitos fundamentais.

Reconhecemos, por fim, que a melhoria das condições de saúde das pessoas em prisões não se resumiria ao rebuscamento de uma política de saúde e ao seu amplo enredamento em formas convergentes com as demais políticas setoriais. Não esperamos que seja possível criar um bom sistema de cuidados em saúde em interfaces com o sistema penal se o crescimento exponencial da população criminalizada e submetida a condições inadequadas de encarceramento não for refreado. Caso contrário, todos os esforços pela adoção de medidas de salvaguardas às pessoas em unidades de custódia se resumiriam a esboços e teriam caráter unicamente paliativo.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 50, de 21/02/2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis>>. Acesso em 11 dez 2016.

AMADO, Gilles *et al.* **Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, nº 24(8), p. 1887-1896, 2008.

AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia.** Revista História, Ciências e Saúde, I, 1994, p. 61-77, Rio de Janeiro.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental.** Revista Ciência & Saúde coletiva Rio de Janeiro, nº 6(1), p. 73-85, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 dez 2016.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO (ALESP). Projeto de Lei nº 556/2007, que estabelece a obrigatoriedade da execução, pelo Estado, de ações compensatórias e de minimização dos efeitos negativos gerados por unidades prisionais nos municípios onde são instaladas, bem como da elaboração de estudos prévios de seus impactos. Deputada Estadual Ana Perugini. São Paulo: ALESP, 2007. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br>>. Acesso em: 21 dez 2016.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 109, p. 179-199, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 jun 2016.

BARROS, Gislaïne *et al.* **O Sofrimento Psíquico no Trabalho de Vigilância em Prisões.** Revista Psicologia: Ciência e Profissão, nº 31, p. 188-199. Brasília: CFP, 2011.

BARROS-BRISSET, Fernanda O. **Um dispositivo conector - relato da experiência do PAIPJ/TJ-MG, uma política de atenção integral ao Louco infrator, em Belo Horizonte.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. São Paulo: USP, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/>>. Acesso em: 10 jun 2014.

BASAGLIA, FRANCO. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos.** Editora Campus, Rio de Janeiro, 1992.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 03/10/1941, **Código de Processo Penal.** Brasília: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em 21 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/1940, **Código Penal Brasileiro.** Brasília: Senado Federal, 1940. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em 21 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.210, de 11/07/1984, que dispõe sobre a execução penal no Brasil. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em 21 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 11 mai 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.960, de 21/12/1989, que dispõe sobre prisão temporária. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 21 set 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.089, de 13/07/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 21 set 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.742, de 07/12/1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) -, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 11 jan 2016.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 79, de 07/01/1994 , que cria o Fundo Penitenciário Nacional. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/depen>>. Acesso em: 01 jul 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.455, de 07/04/1997, que define os crimes de tortura e dá outras providências. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 17 mar 2013.

\_\_\_\_\_. Lei 10.216, de 6/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.708, de 31/07/2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em 14 mar 2011.

\_\_\_\_\_. Lei 11.343, de 23/08/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e define medidas para prevenção do uso, atenção a usuários e dependentes de drogas, além da repressão à produção ao tráfico. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 out 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto Legislativo nº 186, de 09/07/2008, que aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes>>. Acesso em 03 dez 2013.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.949, de 25/08/2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes>>. Acesso em 03 dez 2013.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.179, de 20/05/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/2010)>. Acesso em 11 fev 2014.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.385, de 08/12/2010, que institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010)>. Acesso em 20 ago 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28/09/2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 29 fev 2014.

\_\_\_\_\_. Decreto nº. 7.612, de 17/11/2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 11 fev 2014.

\_\_\_\_\_. Decreto nº. 7.617, de 17/11/2011, que altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto no 6.214, de 26 de setembro de 2007. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes>>. Acesso em 12 fev 2014.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 755, de 19/12/2016, que altera a Lei Complementar nº 79, de 07/01/1994, sobre a transferência direta de recursos financeiros do FUNPEN aos fundos dos Estados e do DF. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 13 fev 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (CD). Projeto de Lei nº 128/2012, que altera a Lei Complementar no 79, de 07/01/1994, prevendo a transferência de recursos do Fundo Penitenciário Nacional – FUNPEN, para os municípios que sejam sedes de penitenciárias. Deputado Federal Roberto Freire. Brasília: CD, 2012. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br>>. Acesso em: 19 dez 2016.

CARVALHO, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro: fundamentos e aplicação judicial**. 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **A questão democrática na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 1979. Disponível em: <[http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes\\_Sa%C3%BAde-e-Democracia.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Sa%C3%BAde-e-Democracia.pdf)>. Acesso em: 20 jan 2017.

CENTURIÃO, L. R. **O agente penitenciário e seu contexto**. Revista da Escola de Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, ano I, nº 03, abril-junho, p 45-52.

CHEVALLARD, Yves. **La Transposición Didáctica: del saber sabio al saber enseñado**. Buenos Aires: Aique, 1991.

CHRISTOFF, Margareth Uarth. **Saúde e cárcere: micro-unidades penitenciárias de atendimento hospitalar, no Rio Grande do Sul**. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/11394>>. Acesso em 14 dez 2016.

CIRQUEIRA, Marcus Vinícius de Brito. **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator: perspectivas de formação e inclusão social**. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal de Goiás, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br>>. Acesso em 09 dez 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Atuação do psicólogo no sistema prisional**. Brasília: CFP, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ). **Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro**. Brasília: MJ, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). Resolução nº 145, de 15/10/2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas>>. Acesso em 21 jan 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 109, de 11/11/2009, que aprova a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas>>. Acesso em 21 jan 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 33, de 12/12/2012, que aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS). Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas>>. Acesso em 21 jan 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 6, de 13/03/2013, que aprova a expansão de Serviços de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, em situação de dependência, em Residências Inclusivas. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas>>. Acesso em 21 jan 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução nº. 47, de 18/12/2007, que, entre outras providências, dispõe sobre a inspeção em estabelecimentos penais pelos juízes da execução criminal. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 07 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº. 113, de 20/04/2010, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e medida de segurança. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 07 jun 2013.

\_\_\_\_\_. Recomendação nº 35, de 12/07/2011, que dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 07 jun 2013.

\_\_\_\_\_. **Tabela básica do Cadastro Nacional de Estabelecimentos Penais.** Planilha eletrônica utilizada para realização dos estudos sobre a PNAISP Brasília: CNJ, 2013. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 11 abr 2013.

\_\_\_\_\_. **Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil.** Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 21 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 213, de 15/12/2015, que dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas.

\_\_\_\_\_. **Geopresídios - Sistema de Informações Georeferenciadas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos Penais.** Brasília: CNJ, 2016a. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/geo-cnj-presidios>>. Acesso em: 21 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Portal do CNJ.** Brasília: CNJ, 2016b. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 21 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Regras de Mandela: Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos.** Comissão sobre Prevenção ao Crime e Justiça Criminal, Viena, 18-22 de maio de 2015. Brasília: CNJ, 2016c. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 15 jan 2016.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCP) Resolução nº 14, de 11/11/1994, regras mínimas para tratamento do preso no Brasil. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 11 fev 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 5, de 19/07/1999, que dispõe sobre as Diretrizes Básicas de Política Criminal e Penitenciária, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 16, de 17/12/2003, do CNPCP, que estabelece diretrizes Básicas de Política Criminal quanto à prevenção do delito, administração da justiça criminal e execução das penas e das medidas de segurança. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº. 5, de 04/05/2004, que dispõe sobre as Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à Lei nº. 10.216 de 06/04/2001. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 11, de 07/12/2006, que recomenda ações para detecção de casos de Tuberculose em unidades penais, quando da realização da inclusão do custodiado. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 4, de 15/07/2009, que recomenda a estada, a permanência e o posterior encaminhamento das(os) filhas(os) das mulheres encarceradas. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução CNPCP nº 09, de 09/03/2009, que determinou ao DEPEN que, na análise dos projetos apresentados pelos Estados para a construção de estabelecimentos penais destinados a presos provisórios e em regime fechado, exija a proporção mínima de cinco presos por agente penitenciário. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 4, de 30/07/2010, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 9, de 18/11/2011, que estabelece diretrizes básicas para arquitetura penal, como módulos de serviços, vivência, assistencial, materno-infantil, pacientes judiciários, tratamento aos casos de álcool e drogas, etc. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 1, de 10/02/2014, que orienta às unidades federativas na adoção EAP. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 02, de 10/02/2014, que altera a Resolução CNPCP nº 9, de 18/11/2011. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução CNPCP nº 4, de 18/07/2014, que aprova as diretrizes básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCP); CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO E PROMOÇÃO DOS DIREITOS DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (CNCD/LGBT). Resolução Conjunta nº 01, de 15/05/2014, que estabeleceu parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Vol. 4. Brasília: CONASS, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011b.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO (CGU). Portal da Transparência do Governo Federal. **Transferência de Recursos por Estado e Município**. Brasília: CGU, 2016. Disponível em: <<http://www.transparencia.gov.br>>. Acesso em 06 mai 2016.

COSTA, Ana Maria M. **O Reconhecimento da Pessoa com Transtorno Mental Severo Como Pessoa Com deficiência: Uma Questão de Justiça**. Inclusive – Inclusão e Cidadania, 2013. Disponível em: <<http://www.inclusive.org.br>>. Acesso em 12 jun 2016.

DAMAS, Fernando Balvedi; OLIVEIRA, Walter Ferreira. **A saúde mental nas prisões de Santa Catarina**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.5, n.12, p.1 - 24, 2013. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br>> Acesso em 21 mar 2017.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2013.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e razão: teoria do garantismo penal**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

FERREIRA, E. **Prisões, presos, agentes da segurança penitenciários, direito humanos**. São Paulo: Loyola, 2001.

FEUERWERKER, L. C. M. **A cadeia do cuidado em saúde**. In: MARINS, J.J *et al* (orgs). Educação, Saúde e Gestão. Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011.

FIGUEIREDO, Railander Q. **Documento de referência para implementação das ações de saúde nos estabelecimentos penais de Minas Gerais e do Distrito Federal: análise de contextos e propostas para adequação do PNSSP**. Relatório Técnico do Projeto PNUD BRA 05/038 - MJ/DEPEN e PNUD. Brasília: MJ, 2009. No prelo.

\_\_\_\_\_. **Das prisões às redes de atenção psicossocial: Reconhecendo os sujeitos das medidas de segurança em seus itinerários possíveis em meio aberto e melhorando os diálogos entre política de saúde mental e a justiça criminal**. Projeto de pesquisa apresentado ao programa de Doutorado em Psicologia da UFF, em março/2013. Niterói: 2013. No prelo.

\_\_\_\_\_. **Estudo documental acerca da política de saúde mental e suas interfaces com a justiça criminal, na perspectiva dos direitos humanos, para garantia da atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei**. Relatório do Projeto OEI BRA 08/001 – SDH e OEI. Brasília: SDH, 2014a. No prelo.

\_\_\_\_\_. **Inventário de práticas institucionais em saúde mental e direitos humanos, nas interfaces com a justiça criminal para garantia da atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei**. Relatório do Projeto OEI BRA 08/001 – SDH e OEI. Brasília: SDH, 2014b. No prelo.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre estruturas e serviços de atenção básica para atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional**. Relatório do Projeto PNUD BRA 14/011 - MJ/DEPEN e PNUD. Brasília: MJ, 2016a. No prelo.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre estruturas e serviços mais especializados para atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional**. Relatório do Projeto PNUD BRA 14/011 - MJ/DEPEN e PNUD. Brasília: MJ, 2016b. No prelo.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)**. Relatório do Projeto PNUD BRA 14/011 - MJ/DEPEN e PNUD. Brasília: MJ, 2016c. No prelo.

\_\_\_\_\_. **Relatório final sobre a implementação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e propostas para adequações e melhorias**, Relatório Técnico do Projeto. PNUD BRA 14/011 – MJ/DEPEN e PNUD. Brasília: MJ, 2017. No prelo.

FIGUEIREDO, Railander Q; MACHADO, Jacinta F. **Gestão da atenção à saúde no sistema prisional: unidade 14: saúde mental**. Curso de Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Prisional. Campo Grande: FIOCRUZ, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 20ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

FRATERNIDADE BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA AOS CONDENADOS (FBAC). **Portal da FBAC**. Itaúna: FBAC, 2016. Disponível em: <<http://www.fbac.org.br>>. Acesso em: 11 out 2016.

FREITAS, Mariana Moulin B. **Entre mortificações e resistências: a saúde e o psicotrópico no sistema prisional**. Dissertação (Mestrado), Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, 2013. Disponível em: <<http://portais4.ufes.br>>. Acesso em 14 dez 2016.

FUNDAÇÃO GUIMARÃES ROSA (FGR). **Relatório, Agente - Final**. Relatório de pesquisa para capacitação de agentes penitenciários em MG. Belo Horizonte: FGR, 2007. No prelo.

GRATÃO, Aline Cristina M. *et al.* **Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador**. Revista da Escola de Enfermagem, São Paulo: USP, 2013, 47(1), p. 37-44. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 29 jan 2016.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010 – Dados preliminares**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 05 jun 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Reincidência Criminal no Brasil - Relatório de Pesquisa**. Rio de Janeiro: IPEA, 2015a.

\_\_\_\_\_. **A Aplicação de Penas e Medidas Alternativas - Relatório de Pesquisa**. Rio de Janeiro: IPEA, 2015b.

\_\_\_\_\_. **Cidades@. Portal de informações sobre censo populacional**, Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em 05 jun 2016.

INTERNATIONAL CENTER FOR TRANSITIONAL JUSTICE (ICTJ). **Reparations in Theory and Practice**. Reparative Justice Series. New York: ICTJ, 2007 Disponível em: <<https://www.ictj.org>>. Acesso em: 08 dez 2016.

KLIPAN, Marcos Leandro; MELLO NETO, Gustavo Adolfo Ramos. **A neurose obsessiva sob a ótica de Melanie Klein**. Revista *Ágora*, Rio de Janeiro, v. XV n. 2 jul/dez 2012 311-325. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 21 mai 2015.

LIMA, Cláudia H. Algumas diretrizes para a direção de tratamento do recurso subjetivo à substância a partir da Psicanálise. In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho Silva (orgs). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p. 100-118.

LIVRAMENTO, André Mota. **Homens encarcerados: assistência religiosa e estratégias de vida na prisão**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Espírito Santo, 2012. Disponível em: <<http://portais4.ufes.br>>. Acesso em 21 nov 2016.

MACHADO, Eduardo P.; NORONHA, Ceci V. **A polícia dos pobres: violência policial em classes populares urbanas**. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 188-221.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC) E MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria Interministerial nº 10, de 11/07/2013, que regulamenta o Decreto nº 7.385, de 08/12/2010, que instituiu o Sistema UNA-SUS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 20 ago 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1.127, de 04/08/2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 20 ago 2016.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ). **Educação em serviços penais: fundamentos de Política e diretrizes de financiamento**. Brasília: MJ, 2005. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 20 ago 2016.

\_\_\_\_\_. **Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN - dez/2014**. Brasília: MJ, 2015. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 10 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Censo das unidades prisionais e dados agregados**. Arquivo em planilha eletrônica. Brasília: MJ, 2016a. Disponível em: <<http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>>. Acesso em: 12 jul 2016.

\_\_\_\_\_. **Base de dados adaptada a partir do CNIEP e INFOPEN, sobre unidades de custódia, população custodiada e territórios**. Banco de dados elaborado para a consultoria PNUD TR 141422, em *LibreOffice*. Brasília: MJ, 2016b. No prelo.

\_\_\_\_\_. Portaria DEPEN nº 1.414, de 26/12/2016, que regulamenta a transferência obrigatória de recursos do Fundo Penitenciário Nacional independentemente de convênio ou instrumento congêneres. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br>>. Acesso em: 21 mar 2017.

\_\_\_\_\_. **Política Penal – Aprimoramento da Execução penal**. Brasília: MJ, 2017. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 25 fev 2017.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ) e MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria Interministerial MS MJ nº 1777, de 09/09/2003, que institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 28 abr 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MJ/MS nº 01, de 02/01/2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 12 fev 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MJ/MS nº 24, de 05/01/2017, que prorroga o prazo do art. 21 da Portaria Interministerial 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014, para a adequação à PNAISP. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em 11 fev 2017.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ); PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Projeto BRA/14/011 - Fortalecimento da Gestão do Sistema Prisional Brasileiro**. Brasília: MJ, 2014. Disponível em: <<https://info.undp.org/docs/pdc/Documents>>. Acesso em: 05 jul 2016.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ); SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM). Portaria Interministerial nº 210, de 16/01/2014, que institui a Política Nacional de Atenção a Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Disponível em: <<http://justica.gov.br>>. Acesso em 11 jun 2016.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ); MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS); SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS (SDH); SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM); SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL (SEPPIR). Portaria Interministerial nº s 1.679, de 12/08/2013, que instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial para a elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Acompanhamento e Assessoramento. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 12 dez 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria MS/GM nº 3.916, de 30/10/1988, que institui a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 12 dez 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/SVS n.º 344, de 12/05/1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 12 dez 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n.º 106, de 11/02/2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 nov 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n.º 336, de 19/02/2002, sobre a estruturação e funcionamento do CAPS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 nov 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n.º 816, de 30/04/2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 nov 2013.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde.** Brasília: MS, 2002. Disponível em: <<http://www.paho.org>>. Acesso em: 11 jul 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n.º 204, de 29/01/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 12 dez 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MSau/GM n.º 1.996, de 20/08/2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 18 jul 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n.º 154, de 24/01/2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 13 nov 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n.º 1.559, de 01/08/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 abr 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 2.046, de 03/09/2009, que regulamenta o Termo de Ajuste Sanitário (TAS). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 20 fev 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 2.728, de 11/11/2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 20 fev 2017.

\_\_\_\_\_. **Redes de Produção de Saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde. MS: Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Formulário Terapêutico Nacional: REname 2010.** Textos Básicos de Saúde. MS: Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 15 out 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n.º 4.279, de 30/12/2010, das diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 18 jul 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n.º 1.459, de 24/06/2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 nov 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n.º 2.488, de 21/10/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 18 abr 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n.º 3.088, de 23/12/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 nov 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n.º 3.089, de 23/12/2011, que dispõe, no âmbito da RAPS, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 nov 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 121, de 25/01/2012, que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no âmbito da RAPS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 nov 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº. 148, de 31/01/2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência no âmbito da RAPS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 nov 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 533, de 28/03/2012, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em 11 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº. 793, de 24/04/2012, que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 nov 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 841, de 02/05/2012, que publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do SUS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 25 jun 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 1823, de 23/08/2012, eu institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNASTT). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 20 fev 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 3.124, de 28/12/2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às Equipes de Atenção Básica. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 jul 2016.

\_\_\_\_\_. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)**. Brasília: MS, 2012a. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos>>. Acesso em 25 jun 2015.

\_\_\_\_\_. **Notas de indicadores do IDSUS**. Planilha eletrônica com dados primários de indicadores municipais. Brasília: MS, 2012b. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>>. Acesso em 07 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 1.554, de 30/07/2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 jan 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 1.555, de 30/07/2013, que estabeleceu normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 jan 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/09/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no SUS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 21 jan 2017.

\_\_\_\_\_. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) - Fichas Técnicas**. Brasília: MS, 2013a. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br>>. Acesso em 07 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **e-SUS Atenção Básica - Sistema com Coleta de Dados Simplificada**. Brasília: MS, 2013b. Disponível em: <<http://189.28.128.100>>. Acesso em 12 set 2016.

\_\_\_\_\_. **DAPES. Estimativa de custos das equipes PNAISP e plano orçamentário para o período 2014-2015**. Brasília: MS, 2013c. No prelo.

\_\_\_\_\_. **Minuta do Ofício nº 160/DAPES/SAS/MS de 20/08/2013 – análise da situação do Hospital Penitenciário “Valter Alencar”, Piauí**. Estudo elaborado em agosto/2013 para o Conselho Nacional de Justiça. Brasília: MS, 2013d. No prelo.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 94, de 14/01/2014, do serviço de avaliação e acompanhamento sw medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 12 fev 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 95, de 14/01/2014, que dispõe sobre o financiamento da EAP. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 12 fev 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 482, de 01/04/2014, que institui normas para a operacionalização da PNAISP. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 11 set 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 305, de 10/04/2014, que estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços referentes à PNAISP. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 11 set 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 1.271 de 06 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 25 jun 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 2.444, de 11/11/2014, que habilita equipes de EAP. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 19 jul 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 2.446, de 11/11/2014, sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 11 fev 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 2.765, de 12/12/2014, que dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 12 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 2.840, de 29/12/2014, que cria o Programa de Desinstitucionalização no âmbito da RAPS e institui incentivo financeiro de custeio mensal. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 18 jul 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão 2013 – Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: MS, 2014a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br>>. Acesso em 10 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília: MS, 2014b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 10 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Tuberculose - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net**. Brasília: MS, 2014c. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet>>. Acesso em 09 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 01, de 02/01/2015, que atualizou a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 11 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 1.646, de 02/10/2015, que Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 11 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental em Dados – 12**. Ano 10, nº 12. Brasília, 2015. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>>. Acesso em 12 jul 2016.

\_\_\_\_\_. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)**. Brasília: MS, 2016a. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage>>. Acesso em 07 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Arquivos dissemináveis para tabulação do CNES**. Brasília: MS, 2016b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Portal do Fundo Nacional de Saúde (FNS)**. Brasília: MS, 2016c. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan**. Brasília: MS, 2017a. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/>>. Acesso em 20 fev 2017.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM)**. Brasília: MS, 2017b. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br>>. Acesso em 11 fev 2017.

\_\_\_\_\_. **RENAST Online**. Brasília: MS, 2017c. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/tags/renast>>. Acesso em 20 fev 2017.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/politica-e-nobs>>. Acesso em 13 mai 2016.

\_\_\_\_\_. **Avaliação e Gestão da Informação – MI-Social**. Brasília: MDS, 2016a. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/portal/?grupo=88>>. Acesso em 19 abr 2016.

\_\_\_\_\_. **Centro-dia de Referência**. Rede mundial de computadores. Brasília: MDS, 2016b. Disponível em: <<http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/>>. Acesso em 19 abr 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS (MP/GO). **Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança**. Goiânia: MP/GO, 2009.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Processo Penal**. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 2000.

OLIVEIRA, Flávia Mendes. **Território da Vida: Um recurso para a transformação das relações entre sociedade e loucura**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<https://bvssp.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em 19 ago 2016.

OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra. **Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://bvssp.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em 19 ago 2016.

OLIVEIRA, Victor Neiva. **Prisões sem guardas: uma experiência liderada por grupos religiosos**. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br>>. Acesso em 11 fev 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos – 1955**. Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes. Genebra: ONU, 1955.

\_\_\_\_\_. **UN-E/CN.4/Sub.2/1993/8 - Estudo sobre o direito de restituição, indenização e reabilitação de vítimas de violações graves aos direitos humanos e liberdades fundamentais**. Comitê de Direitos Humanos. Genebra: ONU, 1993.

\_\_\_\_\_. **Princípios e Diretrizes Básicas sobre o Direito a Recurso e Reparação para Vítimas de Violações Flagrantes das Normas Internacionais de Direitos Humanos e de Violações Graves do Direito Internacional Humanitário**. Resolução nº 60/147, de 16 de dezembro de 2005, Assembleia Geral. Genebra: ONU, 2005.

\_\_\_\_\_. **Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras (Regras de Bangkok)**. Resolução 2010/16 de 22/07/2010, do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas. Genebra: ONU, 2010.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. Assinada na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, San José, Costa Rica, em 22/11/1969. San José: OEA, 1969.

\_\_\_\_\_. **Medidas Provisórias a respeito da República Federativa do Brasil - Caso da Penitenciária Urso Branco**. Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Washington: OEA, 2005. Disponível em <<https://cidh.oas.org>>. Acesso em 03 dez 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório nº 81/06 - Petição 394-02 – Internos Presídio Urso Branco, Rondônia**. CIDH. Washington: OEA, 2006. Disponível em <<https://cidh.oas.org>>. Acesso em 03 dez 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em <<http://www.bvsms.saude.gov.br/>>. Acesso em 20 jul 2016.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, Eduardo *et al* (Orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 150-171.

PESSOA, Luisa R. *et al*. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PIAUI (PI). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de Ação para Estratégia para Redirecionamento dos Modelos de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei**. Para habilitação da EAP. Teresina: SESAPI, 2014. No prelo.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Projeto BRA 05/038: Modernização do Sistema Penitenciário Nacional**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.undp.org.br>>. Acesso em 11 dez 2009.

\_\_\_\_\_. **Portal do PNUD no Brasil**. Brasília: PNUD, 2016a. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home>>. Acesso em 12/06/2016.

\_\_\_\_\_. **Ranking do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)**. Brasília: PNUD, 2016b. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas>>. Acesso em 12/06/2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD) *et al*. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, 2013.

REIS, Marisol de Paula. **De volta ao exílio: As Representações Sociais da Reincidência Penitenciária**. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Entre o poder e a dor: representações sociais da corrupção e da violência no sistema penitenciário de São Paulo**. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.repositorio.unb.br>>. Acesso em 11 dez 2016.

SANTOS, Alexandre; RIGOTTO, Raquel. **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde**. Revista Trabalho e Educação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 8, nº 3, fev/2011, p. 387-406. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

SANTOS, José Vicente Tavares. **Violências, América Latina: a disseminação de formas de violência e os estudos sobre conflitualidades**. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 16-32. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 21 abr 2014.

SANTOS, Mauro *et al*. **Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões**. Rio de Janeiro: Fundo Global, 2012.

SANTOS, Milene Cristina. **O Proselitismo religioso entre a Liberdade de expressão e o Discurso de ódio: a “Guerra santa” do Neopentecostalismo contra as Religiões afro-brasileiras.** Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.repositorio.unb.br>>. Acesso em 08 jan 2017.

SÃO PAULO (SP). Deliberação CIB-62, de 06/09/2012, que aprova diretrizes para a Atenção à Saúde da População Privada de Liberdade no Estado de São Paulo. São Paulo: SES, 2012.

SAPORI, Luis Flávio *et al.* **Fatores sociais determinantes da reincidência criminal no Brasil: o caso de Minas Gerais.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 32 n° 94, junho/2017, p. 1-18. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 11 jul 2017.

SASSINE, Vinicius. **Loucura atrás das grades.** Série de reportagens publicada entre 17/02/2013 a 21/02/2013. O Globo Online, Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/loucura-atras-das-grades-7585520>>. Acesso em 30 abr 2013.

\_\_\_\_\_. **Abandonados até pelo SUS.** O Globo, p. 3, 19 fev 2013. Rio de Janeiro, 2013b.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS (SES/GO). **Relatório de atividades do PAILI - 2015.** Goiânia: SES/GO, 2015. No prelo.

SHERER, Magda *et al.* **Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, 2009. v. 43, n° 4, p. 721-725. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 29 mai 2017.

SILVA, Alyne Alvarez. **Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará.** Tese (Doutorado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br>>. Acesso em 19 dez 2016.

SILVA, Cláudia Ciribelli R. **A aliança entre justiça e psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda.** Revista EPOS, Rio de Janeiro, v. 4, n° 1, 2013. Disponível em: <<http://www.observasmjc.uff.br>>. Acesso em 11 abr 2017.

SILVA, Haroldo Caetano. **Reforma Psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência de Goiânia do PAILI.** Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 20, n° 1, p. 111-114, 2010.

SILVEIRA, Natália Osório. **A trajetória da saúde prisional no Brasil.** Monografia (Especialização em Saúde Pública), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br>>. Acesso em 12 fev 2017.

SIMON, Ryad. **Admirável Mundo Ambivalente - Um Passeio com Melanie Klein.** Revista Viver Mente & Cérebro, São Paulo, v. 3, p. 22 - 29, 10 out. 2005. Disponível em: <<http://www.appsi.com.br>>. Acesso em 11 jan 2015.

SOUZA, Celina. **Governos Locais e Gestão de Políticas Sociais Universais.** São Paulo em Perspectiva, 18, p.27-41,2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 11 abr 2011.

SPOSATI, Aldaíza. **Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 116, p. 652-674, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 29 fev 2016.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Jurisprudência: RE 580252 - Responsabilidade do Estado por danos morais decorrentes de superlotação carcerária.** Brasília: STF, 2016. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/j>>. Acesso em 29 fev 2017.

THE DOCUMENT FOUNDATION. **OpenOffice.org Community**. Wiesbaden: TDF, 2016. Disponível em: <<https://pt-br.libreoffice.org/>>. Acesso em 25 mai 2016.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (TJ/MG). Portaria Conjunta nº 25/2001, que cria o Programa de Atenção ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), no âmbito do TJMG. Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/>>. Acesso em 12 jun 2014.

\_\_\_\_\_. **A cidadania do louco infrator é responsabilidade de toda a sociedade! Cartilha do PAI-PJ**. Belo Horizonte: TJ/MG, 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 633/2010, que dispõe sobre o Programa Novos Rumos, no âmbito do TJMG. Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br>>. Acesso em 12 jun 2014.

\_\_\_\_\_. **Programa Novos Rumos**. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos>>. Acesso em 12 jun 2014.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO MARANHÃO (TJ/MA). Provimento nº 8/2014, que disciplina o procedimento para execução, a avaliação e o acompanhamento das medidas terapêuticas, cautelares, provisórias e definitivas, aplicáveis judicialmente à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no âmbito do SUS. São Luis: TJ/MA, 2014.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ (TJ/PI). **Provimento nº 09/2016**. Diário da Justiça. Ano XXXVIII - nº 7972, 09/05/2016. Teresina: TJ/PI.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (UFF). **Relatório técnico do Observatório de Saúde Mental e Justiça Criminal (ObservaSMJC)**. Niterói, 2015. No prelo.

VASCONCELOS, Ana Silva F. **A Saúde sob Custódia: um estudo sobre Agentes de Segurança Penitenciária no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

VENTURINI, Ernesto *et al.* (Orgs.). **Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade**. Brasília: CFP, 2016. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br>>. Acesso em 15 fev 2017.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciais brasileiros**. Tese (Doutorado em Psicologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br>>. Acesso em 12 fev 2017.

WELZER-LANG, Daniel. **A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia**. Revista Estudos Feministas, 2001, v. 9, nº 2, p.460-482. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 29 out 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Social determinants of health: the solid facts**. Denmark: WHO, 2003. Disponível em: <<http://www.euro.who.int>>. Acesso em 11 abr 2017.

ZAFFARONI, Eugenio R. **Em busca das penas perdidas: a perda da legitimidade do sistema penal**. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2001.

ZOMIGHANI JR., J. H. **Desigualdades espaciais e prisões na era da globalização neoliberal: fundamentos da insegurança no atual período**. Tese (Doutorado em Geografia Humana), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.pos.fflch.usp.br>>. Acesso em 20 out 2016.

## ANEXOS

## Anexo A - Ações e serviços previstos baseados na RENASES

Ações e serviços da atenção básica										
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados?	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento					
					1	2	3	4	5	6
Gestão da atenção Primária		X	X	X						
Aplcação de protocolo de porta de entrada – momento da inclusão na unidade de custódia	X	X	X	X		X				
Atenção Domiciliar (família da PPL)		X	X		X	X				
Atendimento cirúrgico ambulatorial básico	X	X		X	X	X				
Atendimento clínico na Atenção Primária	X	X		X	X	X				
Exames diagnósticos na Atenção Primária	X	X		X	X	X				
Práticas Integrativas e Complementares	X	X		X	X	X				
Ações comunitárias – PPL, familiares, profissionais em serviços penai e demais comunicantes	X	X	X	X	X	X				X
Atenção Familiar	X	X	X	X	X	X				X
Atividades educativas, terapêuticas e de orientação à PPL.	X	X	X	X	X	X				X
Atividades físicas, educativas e de orientação à população.	X	X	X	X	X	X				X
Imunização	X	X		X	X	X				X
Visita domiciliar ou institucional		X	X		X	X				
Atenção à saúde da criança	X	X	X	X	X	X				X
Atenção à saúde da mulher	X	X	X	X	X	X				X
Atenção à saúde de pessoas com doenças transmissíveis epidemiologicamente relevantes	X	X	X	X	X	X				X
Atenção à saúde do homem	X	X	X	X	X	X				
Atenção à saúde do idoso	X	X	X	X	X	X				
Atenção à saúde dos adultos	X	X	X	X	X	X				
Atenção a Saúde Mental, álcool e outras drogas	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Educação em saúde sobre uso racional de medicamentos	X	X		X	X	X				X
Orientação farmacêutica na dispensação de medicamentos.	X	X		X	X	X				X
Realização de procedimentos cirúrgicos em saúde bucal	X	X		X	X	X				
Realização de procedimentos clínicos em saúde bucal	X	X		X	X	X				
Atenção à saúde da pessoa com deficiência	X	X	X	X	X	X				

Ações e serviços da atenção psicossocial										
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados?	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento					
					1	2	3	4	5	6
Gestão da Rede de Atenção Psicossocial		X	X							
Aplcação de protocolo de porta de entrada – momento da inclusão na unidade de custódia	X	X	X	X		X				
Acolhimento e atenção de retaguarda para usuários de álcool e drogas	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Alta planejada e reabilitação psicossocial assistida	X	X	X	X		X		X	X	
Aplicação de testes (psicodiagnósticos)	X	X		X		X				
Atenção Psicossocial – ercivet Psicossocial de ercive habilitado à p/custodiados	X	X	X	X	X	X		X		X
Atenção Psicossocial – Centros de Atenção Psicossocial no território		X	X		X	X		X		X
Atenção psicossocial hospitalar		X			X	X	X	X	X	
Atividades educativas coletivas	X	X	X	X	X	X				
Rastreamento de agravos psicossociais – busca ativa e avaliação	X	X	X	X		X				X
Diagnóstico em psicologia e psiquiatria	X	X		X	X	X				
Geração de trabalho e renda	X	X	X	X	X	X		X		
Residências terapêuticas para egressos de hospitais		X	X			X		X	X	

<b>Ações e serviços da atenção psicossocial</b>										
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados?	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento					
					1	2	3	4	5	6
psiquiátricos										
Terapia em grupo	X	X	X	X		X		X		
Terapia individual	X	X	X	X		X		X		
Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	X	X	X	X	X	X		X		
Concepção e implementação de Projeto Terapêutico Singular na unidade de custódia	X	X	X	X	X	X				X
Apoio à desinstitucionalização de pacientes judiciais	X	X	X	X	X	X		X	X	X

<b>Ações e serviços da urgência e emergência</b>										
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados?	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento					
					1	2	3	4	5	6
Gestão de Serviços de Urgência e Emergência	X	X		X (1)						
Atendimento de urgência em Unidades Básicas de Saúde	X	X		X	X					
Atendimento de urgência em Unidades de Pronto Atendimento 24 horas	X	X		X (1)	X			X		
Atendimento de urgência em unidades hospitalares	X	X		X (1)	X	X		X		
Atendimento em Sala de Estabilização	X	X		X	X					
Atendimento pré-hospitalar de urgência para gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco	X	X		X (1)	X	X				
Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência	X	X		X (1)	X	X				

(1) Em unidades e complexos prisionais cuja população seja superior a 1.200 custodiados

<b>Atenção ambulatorial especializada</b>										
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados?	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento					
					1	2	3	4	5	6
Acompanhamento e tratamento de doenças ou condições clínicas crônicas	X	X		X		X	X			
Assistência domiciliar terapêutica multiprofissional em HIV/AIDS (ADTM)	X	X	X	X		X	X	X		
Assistência especializada domiciliar realizada por equipe multiprofissional	X	X	X	X		X	X	X	X	
Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por anemia falciforme e outras hemoglobinopatias	X	X		X		X	X		X	X
Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por doenças endócrinas, metabólicas ou nutricionais	X	X		X		X	X	X	X	
Atendimento e acompanhamento de pacientes com depressão pós-parto	X	X	X	X	X	X	X	X		
Atendimento e acompanhamento em reabilitação de pessoas com deficiência	X	X	X	X		X	X			
Atividade educativa ou orientação em grupo na atenção especializada	X	X	X	X		X	X	X		
Cirurgia ambulatorial do sistema geniturinário: vasectomia		X				X	X			
Cirurgias ambulatoriais com anestesia		X				X	X	X	X	
Cirurgias ambulatoriais do sistema geniturinário		X				X	X			
Cirurgias ambulatoriais do sistema osteomuscular		X				X	X			
Cirurgias ambulatoriais em nefrologia		X				X	X	X		
Cirurgias ambulatoriais: aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal		X				X	X			
Cirurgias ambulatoriais: cirurgia bucomaxilofacial		X				X	X			
Cirurgias ambulatoriais: cirurgia do aparelho circulatório		X				X	X	X		
Cirurgias ambulatoriais: cirurgia ginecológica e obstétrica		X			X	X	X	X		

<b>Atenção ambulatorial especializada</b>											
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados?	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento						
					1	2	3	4	5	6	
Cirurgias ambulatoriais: cirurgia plástica reparadora		X				X	X				
Cirurgias ambulatoriais: cirurgia torácica		X				X	X				
Cirurgias ambulatoriais: cirurgias da mama		X				X	X				
Cirurgias ambulatoriais: cirurgias reparadoras para tratamentos de grandes queimados e pacientes com lipoatrofia de face		X				X	X	X	X		
Cirurgias ambulatoriais: oftalmológicas		X				X	X	X			
Cirurgias ambulatoriais: pele, tecidos subcutâneos e mucosas		X				X	X				
Cirurgias ambulatoriais: vias respiratórias		X				X	X				
Coleta de material exame complementar ao diagnóstico, por punção ou biópsia	X	X		X		X	X				
Consultas eletivas especializadas, realizadas por profissionais de nível superior	X	X		X		X	X				
Dispensação de órteses e próteses em caráter ambulatorial	X	X		X		X	X				

<b>Atenção ambulatorial especializada – exames e diagnósticos</b>											
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados?	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento						
					1	2	3	4	5	6	
Diagnóstico por endoscopia		X				X	X				
Diagnóstico por imagem	X	X		X		X	X				
Diagnóstico por medicina nuclear <i>in vivo</i>		X				X	X	X			
Diagnóstico por radiologia intervencionista		X				X	X	X			
Diagnósticos e procedimentos especiais em Hemoterapia: exames do doador/receptor; procedimentos especiais em hemoterápica		X				X	X				
Diagnósticos por testes rápidos	X	X		X	X	X	X		X		
Exames anatomopatológicos		X				X	X				
Exames citopatológicos para prevenção do câncer do colo uterino		X				X	X		X		
Exames complementares de diagnóstico: exames bioquímicos		X				X	X				
Exames complementares de diagnóstico: exames coprológicos		X				X	X				
Exames complementares de diagnóstico: exames de uroanálise		X				X	X				
Exames complementares de diagnóstico: Exames hematológicos e hemostasia		X				X	X				
Exames complementares de diagnóstico: exames microbiológicos		X				X	X				
Exames complementares de diagnóstico: exames para triagem neonatal		X				X	X	X	X		
Exames complementares de diagnóstico: exames sorológicos e imunológicos		X				X	X		X		
Exames complementares do diagnóstico - Exames em líquidos biológicos		X				X	X				
Exames complementares do diagnóstico: exames de genética		X				X	X				
Exames complementares do diagnóstico: exames imuno- hematológicos		X				X	X				
Exames hormonais		X				X	X				
Exames toxicológicos ou de monitorização terapêutica		X				X	X	X	X	X	
Métodos diagnósticos cinético-funcionais		X				X	X				
Métodos diagnósticos em angiologia		X				X	X	X			
Métodos diagnósticos em cardiologia		X				X	X	X			
Métodos diagnósticos em cardiologia intervencionista		X				X	X	X			
Métodos diagnósticos em ginecologia e obstetrícia		X				X	X				
Métodos diagnósticos em neurologia		X				X	X	X			
Métodos diagnósticos em oftalmologia		X				X	X				
Métodos diagnósticos em otorrinolaringologia e fonoaudiologia		X				X	X				
Métodos diagnósticos em pneumologia	X	X				X	X				

<b>Atenção ambulatorial especializada – exames e diagnósticos</b>											
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento						
					1	2	3	4	5	6	
Métodos diagnósticos em psicologia e psiquiatria	X	X		X	X	X	X	X	X	X	
Métodos diagnósticos em urologia						X	X				

<b>Atenção ambulatorial especializada – terapias e métodos diagnósticos complementares</b>											
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados?	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento						
					1	2	3	4	5	6	
Hemoterapia: medicina transfusional		X				X	X	X			
Hemoterapia: procedimentos obtenção do sangue para assistência		X				X		X	X		
Outras cirurgias ambulatoriais	X	X		X	X	X					
Terapia nutricional	X	X		X	X	X	X	X			
Terapias em doenças alérgicas		X		X	X	X					
Terapias em urologia		X		X	X	X					
Tratamento em nefrologia: tratamento dialítico		X			X	X	X	X			
Tratamento oncológico: medicina nuclear - terapêutica oncológica; quimioterapia adjuvante profilática em adultos; quimioterapia curativa/paliativa em adultos		X			X	X	X	X			
Tratamento oncológico: quimioterapia para controle temporário de doença		X			X	X	X	X			
Tratamento oncológico: quimioterapia prévia neoadjuvante ou citoredutora		X			X	X	X	X			
Tratamento oncológico: radioterapia		X			X	X	X	X			
Tratamento oncológico de intercorrências clínicas em paciente oncológico		X			X	X	X	X			

<b>Assistência odontológica especializada e reabilitação protética</b>											
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados?	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento						
					1	2	3	4	5	6	
Realização de procedimentos clínicos em Odontologia	X	X		X	X	X					
Realização de procedimentos com finalidade diagnóstica em Odontologia	X	X		X	X	X					
Realização de procedimentos cirúrgicos em odontologia especializada	X (1)	X		X (1)	X						
Atividade Educativa em Saúde Bucal	X	X		X	X						
Confecção de órteses e próteses Odontológicas	X (1)	X		X (1)	X	X	X				
Laboratório Regional de Prótese Dentária	X (1)	X		X (1)	X						
Centro de Especialidade odontológica	X (1)	X		X (1)	X						
Atendimento odontológico para pacientes com necessidades especiais em ambientes hospitalares		X			X						

(1) Em unidades e complexos prisionais cuja população seja superior a 1.200 custodiados

<b>Atenção hospitalar</b>											
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados?	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento						
					1	2	3	4	5	6	
Cirurgia do sistema osteomuscular		X			X	X	X				
Cirurgia Bucomaxilofacial		X			X	X	X				
Cirurgias plásticas/reparadoras		X			X	X					
Cirurgia reparadora para lipodistrofia		X			X	X	X				
Cirurgia reparadora em tratamento de queimados		X			X	X	X				
Cirurgia geral		X			X	X					
Cirurgias em Politraumatizados		X			X	X					
Internações de Longa Permanência		X			X	X	X				
Hospital-Dia		X			X	X	X				
Cirurgia em oncologia		X			X	X	X				
Intervenções cirúrgicas para criação de acessos para diálise		X			X		X				

<b>Atenção hospitalar</b>										
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento					
					1	2	3	4	5	6
Transplantes		X					X	X	X	
Ações relacionadas a doação de órgãos e tecidos em doador		X				X	X	X	X	
Dispensação de órteses e próteses e materiais especiais em caráter hospitalar		X				X	X			
Tratamento intensivo		X						X		
Acolhimento com classificação de risco em maternidades		X			X					
Parto normal em gravidez de risco habitual		X			X					
Parto normal em gestação de alto risco		X			X		X	X		
Parto cesáreo em gravidez de risco habitual		X			X		X			
Parto cesáreo em gestação de alto risco		X			X		X	X		
Parto cesáreo com laqueadura tubária		X			X		X	X	X	
Cirurgia bariátrica		X				X	X	X	X	
Internação para tratamento medicamentoso da osteogenesis imperfecta		X				X	X	X		
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico relacionada ao trauma e anomalias do desenvolvimento		X				X	X	X		
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico relacionada a coluna e nervos periféricos		X				X	X	X		
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico relacionada aos tumores do sistema nervoso		X				X	X	X		
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico, relacionada às neurocirurgias vasculares		X				X	X	X	X	
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico, relacionada ao tratamento neurocirúrgico da dor funcional		X				X	X	X		
Cirurgia do sistema nervoso central: investigação e cirurgia da epilepsia		X				X	X	X	X	
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico, relacionada ao tratamento neuroendovascular		X				X	X	X	X	
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço		X				X	X	X		
Cirurgia do aparelho da visão		X				X	X	X		
Cirurgia cardiovascular		X				X	X	X		
Cirurgia vascular		X				X	X	X		
Cardiologia intervencionista		X				X	X	X		
Cirurgia endovascular		X				X	X	X		
Eletrofisiologia		X				X	X	X		
Cirurgia do sistema nervoso central - neurocirurgia funcional estereotáxica		X				X	X	X	X	

<b>Ações e serviços da vigilância em saúde</b>											
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiados?	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento						
					1	2	3	4	5	6	
Gestão da Vigilância em Saúde		X									X
Autorização de Funcionamento de Empresas sujeitas a Vigilância Sanitária		X									X
Regulação de Preço de Medicamentos e Produtos para Saúde		X									X
Credenciamento e Habilitação de Laboratórios Analíticos		X									X
Controle Sanitário e Orientação de Viajantes	X	X		X	X						X
Monitoramento Sanitário de Produtos e Serviços	X	X		X							X
Gerenciamento do risco sanitário	X	X		X							X
Análise e Aprovação de Projetos Básicos de Arquitetura		X									X
Informação, educação e comunicação em Vigilância em Saúde	X	X		X							X
Acolhimento e Atendimento a Notificações, Denúncias e Reclamações	X	X		X	X						X
Regulamentação de ações de saúde pública sob Vigilância Sanitária		X									X
Fiscalização Sanitária de produtos e serviços	X	X		X							X

<b>Ações e serviços da vigilância em saúde</b>											
Ação ou serviço	Ofertado diretamente por serviço p/custodiad	Pode ser matriciado com a RAS?	Matriciado proteção social - SUAS?	Pode ser implementado na unidade de custódia?	Critérios de regramento de acesso e referenciamento						
					1	2	3	4	5	6	
Emissão de certidões e certificados		X									X
Inspeção Sanitária dos Estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária		X		X							X
Emissão de Licença Sanitária para Estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária		X									X
Farmacovigilância	X	X		X							X
Alerta e resposta a surtos e eventos de importância em saúde pública	X	X		X							X
Notificação de eventos de interesse de saúde pública	X	X		X							X
Investigação de eventos de interesse de saúde pública	X	X	X	X							X
Busca ativa	X	X	X	X							X
Interrupção da cadeia de transmissão	X	X		X							X
Controle de vetores, reservatórios e hospedeiros.	X	X		X							X
Diagnóstico laboratorial de eventos de interesse de saúde pública		X									X
Vacinação	X	X		X							X
Realização de inquéritos epidemiológicos – junto a custodiados	X	X		X							
Realização de inquéritos epidemiológicos – junto a profissionais dos serviços penais											
Prevenção de doenças e agravos – junto a custodiados	X	X		X							
Prevenção de doenças e agravos – junto a familiares	X	X		X							
Prevenção de doenças e agravos – junto a profissionais dos serviços penais	X	X		X							
Promoção da Saúde – junto a custodiados	X	X		X							
Promoção da Saúde – junto a familiares	X	X		X							
Promoção da Saúde – junto a profissionais dos serviços penais	X	X		X							

## Anexo B – Quadro síntese de diretrizes e objetivos constantes na Resolução CIT nº 5/2013

Diretriz	Objetivo
1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada	1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a atenção básica.
	1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.
2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.	2.1 – Implementar a Rede de Atenção às Urgências.
	2.2 – Fortalecer mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.
3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.	3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.
	3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas.	4.1 – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos Intersetoriais.
5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.	5.1 – Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.
6 – Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.	6.1 – Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
	7.2 – Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.
8 – Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.	8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.
	8.2 – Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.
	8.3 – Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.
11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.	11.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.
	11.2 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS - Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.
	11.3 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.
12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.	12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.
13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.	13.1 – Qualificação de instrumentos de gestão, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Fonte: Adaptado de Resolução CIT nº 5/2013

## Anexo C – Agravos de notificação compulsória

1. Acidente por Animais Peçonhentos
2. Atendimento Antirrábico
3. Coqueluche
4. Difteria
5. DRT Câncer Relacionado ao Trabalho
6. DRT LER/DORT
7. DRT Transtorno Mental
8. Febre Amarela
9. Febre Tifóide
10. Hantavirose
11. Intoxicação Exógena
12. Leptospirose
13. Notificação Individual
14. Raiva Humana
15. Sarampo
16. Síndrome da Rubéola Congênita
17. Tétano Acidental
18. Tuberculose
19. AIDS Adulto
20. Botulismo
21. Chikungunya
22. Doença de Chagas Aguda
23. DRT Dermatoses Ocupacionais
24. DRT PAIR
25. Epizootia
26. Febre do Nilo
27. Gestante HIV
28. Hepatites Virais
29. Leishmaniose Tegumentar Americana
30. Malária
31. Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite
32. Rotavírus
33. Sífilis Congênita
34. Surto
35. Tétano Neonatal
36. Violência Interpessoal/Autoprovoçada
37. AIDS Criança
38. Cólera
39. Dengue
40. DRT Acidente de Trabalho Grave
41. DRT Exposição a Material Biológico
42. DRT Pneumoconiose
43. Esquistossomose
44. Febre Maculosa
45. Hanseníase
46. Influenza
47. Leishmaniose Visceral
48. Meningite
49. Peste
50. Rubéola
51. Sífilis em Gestante
52. Surto Doenças Transmitidas por Alimentos - DTA
53. Tracoma

Fonte: Adaptado de Portaria MS/GM nº 1.271/2014

## Anexo D - Indicadores que compõem o IDSUS

Linha Avaliativa	Complexidade	Modalidade	Indicador
Acesso	Básica	Ambulatorial	1. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde.
	Básica	Ambulatorial	2. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.
	Básica	Ambulatorial	3. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.
	Média	Ambulatorial	4. Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 e a população da mesma faixa etária.
	Média	Ambulatorial	5. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária.
	Média	Ambulatorial	6. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.
	Média	Hospitalar	7. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.
	Alta	Hospitalar	8. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente.
	Alta	Hospitalar	9. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente.
	Média	Ambulatorial	10. Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade para não residentes.
	Média	Hospitalar	11. Proporção de internações de média complexidade para não residentes.
	Alta	Ambulatorial	12. Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.
	Alta	Hospitalar	13. Proporção de internações de alta complexidade para não residentes.
	Média/alta	Hospitalar	14. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.
Efetividade	Básica	Ambulatorial	15. Cobertura com a vacina tetravalente.
	Básica	Ambulatorial	16. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita.
	Básica	Ambulatorial	17. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
	Básica	Ambulatorial	18. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase.
	Básica	Hospitalar	19. Proporção de internações sensíveis à atenção básica
	Básica	Ambulatorial	20. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
	Básica	Ambulatorial	21. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.
	Média	Hospitalar	22. Proporção de parto normal.
	Alta	Hospitalar	23. Proporção de óbitos em menores de 15 anos que usaram Unidades de Terapia Intensiva.
	Média/alta	Hospitalar	24. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio.

Fontes: MS (2013a)

## Anexo E – Relação de grupos de serviços especializados

) Atenção à Doença Renal Crônica	) Serviço de Cirurgia Torácica
) Atenção à Saúde da População Indígena	) Serviço de Controle de Tabagismo
) Atenção Às Pessoas com Doenças Raras	) Serviço de Cuidados Intermediários
) Atenção às Pessoas em Situação de	) Serviço de Diagnóstico por Anatomia
Violência Sexual	) Patológica e/ou Citopatologia
) Atenção Especializada no Processo	) Serviço de Diagnóstico por Laboratório
) Transexualizador	) Clínico
) Atendimento Itinerante de Assistência e	) Serviço de Diagnóstico por Métodos
) Ensino em Saúde	) Gráficos/Dinâmicos
) Cirurgia Vascular	) Serviço de Dispensação de Órteses, Próteses
) Consultório na Rua	) e Materiais Especiais
) Diagnóstico por Imagem	) Serviço de Endocrinologia
) Hospital-Dia	) Serviço de Endoscopia
) Medicina Nuclear	) Serviço de Farmácia
) Regulação Assistencial dos Serviços de	) Serviço de Fisioterapia
Saúde	) Serviço de Hemoterapia
) Serviço de Análise Laboratorial de Produtos	) Serviço de Laboratório de
) Sujeitos a Vigilância Sanitária	) Histocompatibilidade
) Serviço de Atenção a Saúde do Trabalhador	) Serviço de Laboratorio de Protese Dentaria
) Serviço de Atenção a DST/HIV/AIDS	) Serviço de Oftalmologia
) Serviço de Atenção à Obesidade	) Serviço de Oncologia
) Serviço de Atenção a Saúde Auditiva	) Serviço de Órteses, Próteses e Materiais
) Serviço de Atenção á Saúde das Pessoas	) Especiais em Reabilitação
Ostomizadas	) Serviço de Pneumologia
) Serviço de Atenção a Saúde Reprodutiva	) Serviço de Práticas Integrativas e
) Serviço de Atenção ao Paciente com	) Complementares
Tuberculose	) Serviço de Reabilitação
) Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e	) Serviço de Suporte Nutricional
Nascimento	) Serviço de Telemedicina
) Serviço de Atenção	) Serviço de Terapia Intensiva
Cardiovascular/Cardiologia	) Serviço de Traumatologia Ortopedia
) Serviço de Atenção Domiciliar	) Serviço de Traumato-Ortopedia
) Serviço de Atenção em Neurologia/	) Serviço de Triagem Neonatal
Neurocirurgia	) Serviço de Urgência e Emergência
) Serviço de Atenção em Saúde Bucal	) Serviço de Videolaparoscopia
) Serviço de Atenção em Urologia	) Serviço de Vigilância em Saúde
) Serviço de Atenção Integral em Hanseníase	) Serviço Móvel de Urgência (exceto SAMU)
) Serviço de Atenção Psicossocial	) Serviço Posto de Coleta de Materiais
) Serviço de Atendimento Móvel de	) Biológicos
Urgências	) Teleconsultoria
) Serviço de Banco de Tecidos	) Transplante
) Serviço de Cirurgia Reparadora	)

Fonte: MS (2016e)

## Anexo F – Número de unidades de custódia e população custodiada, por tipo de unidade e UF

UF	Cadeia Detenc prov		Casa do albergado		Col. Agric. ou similar		Delegacia		HCTP/Ala de Tratam		Patronato		Penitenciária		TOTAL	
	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid
AC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.952	13	4.952	13
AL	0	0	0	0	2.277	1	0	0	81	1	0	0	3.896	8	6.254	10
AM	3.951	55	497	1	271	1	79	5	25	1	0	0	1.933	11	6.756	74
AP	800	4	0	0	0	0	0	0	11	1	0	0	1.852	3	2.663	8
BA	2.101	106	0	1	721	2	1.328	159	146	1	0	0	11.370	17	15.666	286
CE	14.658	162	2.848	4	6	2	2	1	147	2	0	0	4.877	6	22.538	177
DF	118	1	0	0	1.542	1	0	0	104	1	0	0	13.195	6	14.959	9
ES	7.071	12	0	0	0	0	2	1	66	1	0	0	12.158	23	19.297	37
GO	11.347	140	318	4	731	2	0	6	0	0	0	0	4.379	12	16.775	164
MA	2.977	15	273	4	10	1	2.149	141	0	2	0	0	2.453	11	7.862	174
MG	28.955	233	329	11	117	1	53	1	367	3	0	0	37.541	54	67.362	303
MSul	1.155	56	1.759	13	885	1	44	10	0	0	0	0	11.530	28	15.373	108
MT	6.196	65	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	4.890	8	11.088	75
PA	3.011	37	0	0	795	1	264	82	176	1	0	0	10.158	30	14.404	151
PB	2.699	60	0	0	238	1	0	0	83	1	0	0	7.985	20	11.005	82
PE	4.190	68	0	0	3.053	2	0	0	494	1	0	0	23.159	16	30.896	87
PI	270	2	1	1	335	1	0	0	40	1	0	0	3.322	11	3.968	16
PR	13.765	202	0	0	1.846	4	187	6	746	1	0	0	14.123	23	30.667	236
RJ	22.883	21	430	2	69	1	3	1	366	7	0	1	26.022	23	49.773	56
RN	3.236	125	79	2	0	0	8	34	44	1	0	0	4.753	8	8.120	170
RO	1.859	15	1.633	9	383	4	0	0	13	1	0	1	5.621	23	9.509	53
RR	388	5	228	2	0	0	1	8	0	0	0	0	1.486	2	2.103	17
RS	1.095	1	1.109	12	356	2	0	0	388	2	68	1	29.208	85	32.224	103
SC	2.289	16	59	1	388	1	0	0	92	1	0	0	15.105	35	17.933	54
SE	396	28	0	0	0	0	0	4	99	1	0	0	4.361	7	4.856	40
SP	71.167	146	0	0	7.411	6	176	8	1.139	4	0	0	149.874	114	229.767	278
TO	2.370	50	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	884	3	3.254	54
TOT	208.947	1.625	9.563	68	21.436	37	4.296	467	4.627	35	68	3	411.087	600	660.024	2.835

Fontes: MJ (2016b)

## Anexo G – Unidades de custódia por condições de prisão e UF

UF	Sem Inform		Péssimas		Ruins		Regulares		Boas		Excelentes		TOTAL	
	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid
AC	0	0	4.640	12	0	0	312	1	0	0	0	0	4.952	13
AL	3.229	3	2.722	5	0	0	303	2	0	0	0	0	6.254	10
AM	1.077	1	3.018	21	299	14	2.173	35	189	3	0	0	6.756	74
AP	0	0	0	0	2.663	8	0	0	0	0	0	0	2.663	8
BA	0	5	2.868	56	1.557	31	10.440	185	801	9	0	0	15.666	286
CE	3.456	8	5.630	57	850	18	12.521	92	81	2	0	0	22.538	177
DF	0	0	6.286	4	2.031	1	6.642	4	0	0	0	0	14.959	9
ES	0	0	2.914	7	4.679	6	5.716	9	4.813	13	1.175	2	19.297	37
GO	331	5	5.803	59	4.440	19	4.803	73	1.398	8	0	0	16.775	164
MA	189	5	2.305	42	1.876	21	2.293	96	1.182	8	17	2	7.862	174
MG	798	13	27.226	122	9.191	33	20.298	88	8.874	43	975	4	67.362	303
MSul	310	2	4.753	34	998	11	8.310	55	1.002	6	0	0	15.373	108
MT	49	3	2.127	18	4.599	6	3.417	38	896	10	0	0	11.088	75
PA	1.118	5	6.725	36	4.972	32	1.310	71	279	6	0	1	14.404	151
PB	2	2	1.879	28	1.461	9	7.385	39	278	4	0	0	11.005	82
PE	14	3	3.871	17	4.965	16	21.971	47	75	4	0	0	30.896	87
PI	0	0	2.384	7	70	2	986	5	397	1	131	1	3.968	16
PR	1.449	5	4.156	68	3.540	25	16.711	125	4.163	10	648	3	30.667	236
RJ	709	1	3.509	3	12.431	6	25.658	30	7.395	13	71	3	49.773	56
RN	208	1	5.130	28	2.125	17	640	123	0	0	17	1	8.120	170
RO	424	5	2.324	17	2.842	6	3.112	18	807	7	0	0	9.509	53
RR	0	0	1.570	3	0	0	446	13	87	1	0	0	2.103	17
RS	671	5	18.784	45	5.832	18	5.714	26	984	8	239	1	32.224	103
SC	460	3	5.323	17	737	1	5.039	19	6.374	14	0	0	17.933	54
SE	0	4	3.745	14	10	4	96	14	194	2	811	2	4.856	40
SP	0	2	17.427	22	17.711	17	132.676	172	59.727	63	2.226	2	229.767	278
TO	37	2	958	20	123	3	2.078	27	58	2	0	0	3.254	54
TOT	14.531	83	148.077	762	90.002	324	301.050	1.407	100.054	237	6.310	22	660.024	2835

Fonte: MJ (2016b) - adaptado de CNJ (2016) e MJ (2016a)

## Anexo H - Dados das unidades prisionais por faixa populacional dos municípios

UF	Até 20_000 hab (1)			20_001 e 50_000 hab (1)			50_001 e 100_000 hab (1)			100_001 e 200_000 hab (1)			200_001 e 500_000 hab (1)			Acima de 500_000 hab (1)		
	PPL	Unid	Mun	PPL	Unid	Mun	PPL	Unid	Mun	PPL	Unid	Mun	PPL	Unid	Mun	PPL	Unid	Mun
	(2)			(2)			(2)			(2)			(2)			(2)		
AC	0	0	0	1.278	4	4	588	1	1	0	0	0	3.086	8	1	0	0	0
AL	0	0	0	760	1	1	0	0	0	0	0	0	222	1	1	5.272	8	1
AM	311	24	24	649	30	27	1.041	9	8	124	1	1	0	0	0	4.631	10	1
AP	0	0	0	35	1	1	0	0	0	0	0	0	2.628	7	1	0	0	0
BA	266	111	108	939	105	103	1.531	25	21	4.120	14	10	2.437	5	4	6.373	26	2
CE	994	64	64	10.917	69	60	4.244	29	26	566	6	4	3.373	8	4	2.444	1	1
DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14.959	9	1
ES	409	1	1	454	2	2	4.023	8	2	4.887	9	4	9.524	17	5	0	0	0
GO	2.575	97	93	2.924	33	31	2.178	10	10	2.933	12	8	1.121	4	2	5.044	8	2
MA	318	51	51	1.189	62	58	1.052	21	15	1.158	18	6	525	5	1	3.620	17	1
MG	4.555	78	73	14.748	107	95	14.589	53	36	7.864	31	19	16.423	20	9	9.183	14	4
MSul	947	32	30	2.375	36	21	1.438	11	4	1.589	8	2	3.085	4	1	5.939	17	1
MT	1.172	34	29	2.481	24	22	1.779	7	6	856	2	1	1.726	3	2	3.074	5	1
PA	28	23	23	569	56	55	4.662	36	27	3.941	19	11	1.721	4	2	3.483	13	2
PB	1.142	37	37	1.212	20	19	1.558	8	5	884	4	2	1.935	4	1	4.274	9	1
PE	317	18	18	6.725	39	37	8.427	19	17	4.548	4	4	3.252	3	2	7.627	4	1
PI	0	0	0	1.176	7	5	748	3	2	470	1	1	0	0	0	1.574	5	1
PR	2.183	104	102	4.411	55	52	3.159	16	15	9.859	24	11	7.515	19	6	3.540	18	2
RJ	0	0	0	0	0	0	7.258	4	2	0	0	0	7.126	13	4	35.389	39	2
RN	292	121	117	2.710	25	18	619	7	5	0	0	0	1.859	9	2	2.640	8	1
RO	397	6	6	1.454	14	11	1.304	13	4	1.274	6	2	0	0	0	5.080	14	1
RR	62	8	8	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2.041	7	1	0	0	0
RS	1.648	13	13	9.816	34	29	6.794	24	19	3.381	11	6	4.971	12	8	5.614	9	1
SC	2.726	6	5	1.678	13	13	1.840	10	10	2.265	7	5	8.018	16	5	1.406	2	1
SE	1	11	10	468	11	10	2.694	3	3	420	5	2	0	0	0	1.273	10	1
SP	59.479	58	44	45.843	52	38	7.991	32	29	24.102	31	22	42.272	49	27	50.080	56	9
TO	1.318	39	37	461	6	6	225	2	2	528	3	1	722	4	1	0	0	0
TOT	81.140	936	893	115.272	808	720	79.742	351	269	75.769	216	122	125.582	222	90	182.519	302	38

Fontes: (1) IBGE (2016); (2) MJ (2016b) - adaptado de CNJ (2016) e MJ (2016a)

## Anexo I - Número de municípios e população prisional, por UF e nível de IDHM

### a) Quadro de UF, municípios e faixa de IDHM:

UF	IDHM Muito baixo (1)		IDHM Baixo (1)		IDHM Médio (1)		IDHM Alto (1)		IDHM Muito alto (1)	
	Munic (2)	PPL (2)	Munic (2)	PPL (2)	Munic (2)	PPL (2)	Munic (2)	PPL (2)	Munic (2)	PPL (2)
AC	0	0	2	493	3	1.373	1	3.086	0	0
AL	0	0	1	760	1	222	1	5.272	0	0
AM	7	66	39	1.047	14	1.012	1	4.631	0	0
AP	0	0	0	0	1	35	1	2.628	0	0
BA	1	6	138	871	104	6.612	5	8.177	0	0
CE	0	0	41	926	115	17.793	3	3.819	0	0
DF	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14.959
ES	0	0	0	0	4	4.455	8	8.556	2	6.286
GO	0	0	3	67	60	3.661	83	13.047	0	0
MA	1	0	85	1.064	43	2.567	3	4.231	0	0
MG	0	0	3	194	97	21.654	134	43.551	2	1.963
MSul	0	0	0	0	35	1.511	24	13.862	0	0
MT	0	0	0	0	30	1.395	31	9.693	0	0
PA	7	23	69	915	41	9.885	3	3.581	0	0
PB	0	0	34	1.221	28	3.124	3	6.660	0	0
PE	0	0	34	1.988	44	21.281	1	7.627	0	0
PI	0	0	0	0	7	2.084	2	1.884	0	0
PR	0	0	1	8	55	1.483	130	27.169	2	2.007
RJ	0	0	0	0	1	6.398	6	41.852	1	1.523
RN	0	0	54	14	85	3.218	4	4.888	0	0
RO	0	0	2	164	15	1.616	7	7.729	0	0
RR	0	0	3	0	7	62	1	2.041	0	0
RS	0	0	0	0	15	2.236	60	24.374	1	5.614
SC	0	0	0	0	3	1.516	28	11.311	8	5.106
SE	0	0	13	465	12	3.118	1	1.273	0	0
SP	0	0	0	0	14	29.503	136	149.265	19	50.999
TO	0	0	3	0	34	1.370	10	1.884	0	0
TOT	16	95	525	10.197	868	149.184	687	412.091	36	88.457

Fontes: (1) PNUD (2016b); (2) MJ (2016b) - adaptado de CNJ (2016) e MJ (2016a)

### b) Municípios com maior proporção de custodiados em relação à população geral e IDHM

	UF	NOME	IDHM	POP 2015	PPL munic	% PPL munic
1	SP	Balbinos	0,669	4.819	3.732	77,44
2	SP	Pracinha	0,696	3.547	1.748	49,28
3	SP	Lavínia	0,721	10.590	4.746	44,82
4	SP	Álvaro de Carvalho	0,688	5.030	2.015	40,06
5	SP	Serra Azul	0,686	13.216	4.661	35,27
6	SP	Iaras	0,674	7.970	2.699	33,86
7	SP	Marabá Paulista	0,677	5.435	1.579	29,05
8	SC	São Cristovão do Sul	0,665	5.360	1.427	26,62
9	SP	Riolândia	0,703	11.766	2.988	25,40
10	SP	Caiuá	0,697	5.560	1.312	23,60
11	SP	Guareí	0,687	16.867	3.949	23,41
12	SC	São Pedro de Alcântara	0,734	5.373	1.233	22,95
13	SP	Florínia	0,713	2.799	628	22,44
14	CE	Itaitinga	0,626	38.540	8.510	22,08
15	SP	Irapuru	0,712	8.187	1.770	21,62
16	SP	Reginópolis	0,728	8.640	1.752	20,28
17	SP	Pacaembu	0,725	13.961	2.820	20,20
18	SP	Capela do Alto	0,699	19.482	3.883	19,93

	UF	NOME	IDHM	POP 2015	PPL munic	% PPL munic
19	SP	Taiúva	0,76	5.605	1.107	19,75
20	PE	Ilha de Itamaracá	0,653	24.888	4.869	19,56
21	SP	Tupi Paulista	0,769	15.153	2.938	19,39
22	SP	Pirajuí	0,749	24.546	4.236	17,26
23	SP	Getulina	0,717	11.287	1.946	17,24
24	SP	Potim	0,697	22.453	3.837	17,09
25	SP	Itirapina	0,724	17.160	2.910	16,96
26	SP	Mirandópolis	0,751	29.043	4.750	16,36
27	SP	Cerqueira César	0,729	19.109	3.037	15,89
28	SP	Bernardino de Campos	0,734	11.157	1.766	15,83
29	MG	São Joaquim de Bicas	0,662	29.162	4.520	15,50
30	SP	Tremembé	0,785	44.912	6.867	15,29
31	RS	Charqueadas	0,747	38.281	5.131	13,40
32	SP	Flórida Paulista	0,715	14.000	1.860	13,29
33	SP	Presidente Bernardes	0,757	13.568	1.781	13,13
34	SP	Avanhandava	0,705	12.719	1.529	12,02
35	SP	Valparaíso	0,725	24.993	2.813	11,26

Fontes: (1) PNUD (2016b); (2) MJ (2016b) - adaptado de CNJ (2016) e MJ (2016a)

## Anexo J – Quadro de etapas durante a custódia e possíveis ações combinadas entre a saúde e o serviços penal

Etapa da custódia	Ação do serviço penal	Ação e serviço de saúde
a) Prisão preventiva; Realização da audiência de custódia	Receber mandado e laudo de perícia (exame de corpo de delito); unidade prisional da Comarca recebe o custodiado; quando não houver disponibilidade, movimenta-se o custodiado à unidade mais adequada (em razão da segurança ou disponibilidade de vagas).	Disponibilizar médico perito habilitado; realizar perícia para exame de corpo de delito; notificar à administração da justiça; Unidade de destino: realizar exame admissional (procedimentos de porta de entrada); gerar/atualizar prontuário eletrônico de saúde e Cartão Nacional de Saúde; informar à direção, à área da segurança prisional e equipes das assistências sobre condição de saúde.
b) Prisão em decorrência de sentença penal condenatória	Receber guia de recolhimento/mandado e laudo de perícia (exame de corpo de delito); unidade prisional da Comarca recebe o custodiado; quando não houver disponibilidade, movimenta-se o custodiado à unidade mais adequada (em razão da segurança ou disponibilidade de vagas).	Disponibilizar médico-perito nomeado habilitado; equipe multidisciplinar realiza perícia, estudo clínico e psicossocial; notifica notifica à administração da justiça; Unidade de destino: realizar exame admissional (procedimentos de porta de entrada); gerar/atualizar prontuário eletrônico de saúde e Cartão Nacional de Saúde; informar à direção, à área da segurança prisional e equipes das diversas assistências sobre aspectos inerentes à condição de saúde; equipe contribui para avaliação de condição de saúde, para fins de elaboração de plano de tratamento penal;
c) Transferência para outra unidade	Receber requisição do Juízo e operacionalizar a movimentação do custodiado.	Unidade de origem: realizar exame médico de saída; Unidade de destino: realizar exame admissional (procedimentos de porta de entrada); gerar/atualizar prontuário eletrônico de saúde e Cartão Nacional de Saúde; informar à direção, à área da segurança prisional e equipes das diversas assistências sobre aspectos inerentes à condição de saúde; equipe contribui para avaliação de condição de saúde, para fins de elaboração de plano de tratamento penal.
d) Garantia de recebimento de visitas	Manter condições adequadas para visitas (estruturais; programáticas; segurança; etc.); informar ao sistema de justiça; orientar à família; orientar ao custodiado;	Orientar; planejar; avaliar quanto à adequação da unidade prisional; educação em saúde (família, comunicantes diversos, custodiado);
e) Participação em atividades educacionais	Manter condições adequadas para visitas (estruturais; programáticas; segurança; etc.); informar ao sistema de justiça; orientar à família; orientar ao custodiado;	Orientar; planejar; avaliar quanto à adequação da unidade prisional para atividades educacionais; educação em saúde; avaliação clínica, psicossocial, para inclusão em atividades educacionais;
f) Participação em atividades profissionais	Manter condições adequadas de confinamento e assistência (estruturais; programáticas; segurança; etc.); informar ao sistema de justiça; orientar à família e outros comunicantes; orientar ao custodiado; estabelecer redes de parcerias; articular à política de trabalho e renda;	Orientar ao custodiado quanto à atuação funcional; planejar; avaliar quanto à adequação sanitária da unidade prisional para atividades educacionais e funcionais; promover a educação em saúde do trabalhador; promover avaliação para atividades profissionais;

Etapa da custódia	Ação do serviço penal	Ação e serviço de saúde
g) Participação em atividades de cuidado à saúde	Manter condições adequadas de confinamento e assistência (estruturais; programáticas; segurança; etc.); informar ao sistema de justiça; orientar à família e outros comunicantes; orientar ao custodiado;	Orientar; planejar; fiscalizar quanto à adequação da unidade prisional; orientar à família e outros comunicantes; assistir orientar ao custodiado; garantir assistência; inserir e acompanhar em redes;
h) Assistência sociofamiliar	Manter condições adequadas de confinamento e assistência (estruturais; programáticas; segurança; etc.); informar ao sistema de justiça; orientar à família e outros comunicantes; orientar ao custodiado;	Orientar custodiado e familiar; informar ao SUAS; participar de atividades de apoio demandadas pela equipe de serviços social da unidade e/ou SUAS.
i) Custódia em regime fechado – preventivo	Manter condições adequadas de confinamento e assistência; informar ao sistema de justiça; orientar à família e outros comunicantes; orientar ao custodiado;	Orientar custodiado e familiar; avaliar condições de saúde, quando da entrada na unidade; prestar assistência; inserir e acompanhar em rede.
j) Custódia em regime fechado – com sentença	Manter condições adequadas de confinamento e assistência (estruturais; programáticas; segurança; etc.); informar ao sistema de justiça; orientar à família e outros comunicantes; orientar ao custodiado;	Orientar; planejar; fiscalizar quanto à adequação da unidade prisional; orientar à família e outros comunicantes; assistir orientar ao custodiado; inserir e acompanhar em redes;
k) Custódia em regime semi-aberto	Possibilitar saída para retorno ao domicílio; apoiar na busca de inclusão no mundo do trabalho e em família; oferta de apoio psicossocial, cursos e atividades que possibilitem o retorno à sociedade; orienta quanto à busca do apoio em programas de egressos e SUAS.	Orientar; planejar; fiscalizar quanto à adequação da unidade prisional; orientar à família e outros comunicantes; assistir orientar ao custodiado; inserir e acompanhar em redes;
l) Pena em regime aberto	Possibilitar saída para retorno ao domicílio; apoiar na busca de inclusão no mundo do trabalho e em família; oferta de apoio psicossocial, cursos e atividades que possibilitem o retorno à sociedade; orienta quanto à busca do apoio em programas de egressos e SUAS.	Acompanhar percurso (avaliações subjetivas e objetivas); comunica ao Juízo a respeito do beneficiário; informa ao custodiado e à família; orienta quanto aos critérios e às possibilidades; orientar para oferta da atenção em unidades básicas de saúde da comunidade
m) Permissões de saídas temporárias	Acompanhar percurso (avaliações subjetivas e objetivas); comunica ao Juízo quais os beneficiários; informa ao custodiado e à família;	Orientar à família e outros comunicantes; orientar ao custodiado; avaliar custodiado quando do retornar à unidade;
n) Liberação condicional; liberação definitiva	Possibilitar saída para retorno ao domicílio; apoiar na busca de inclusão no mundo do trabalho e em família; oferta de apoio psicossocial, cursos e atividades que possibilitem o retorno à sociedade; orienta quanto à busca do apoio em programas de egressos e SUAS.	Realizar exame de desligamento; orientar à família e outros comunicantes; orientar ao custodiado.

Fonte: PNUD e Coordenação de Saúde/DEPEN (2016)

**Anexo K - Número de profissionais que atuavam nos sistemas prisionais, em dez/2014**

UF	Servidores para custódia	Profissionais das equipes de saúde	Policiais militares lotados nas unidades	Policiais civis lotados nas unidades	TOTAL
AC	828	32	108	0	968
AL	518	75	40	0	633
AM	807	98	210	0	1115
AP	792	23	7	13	835
BA	2.241	324	443	1	3.009
CE	1.754	145	580	2	2.481
DF	1.122	91	27	26	1.266
ES	3.356	216	0	0	3.572
GO	1.467	111	60	0	1.638
MA	677	134	45	0	856
MG	15.861	933	0	0	16.794
MSul	1.098	129	27	6	1.260
MT	2.194	180	0	0	2.374
PA	1.795	242	226	0	2.263
PB	1.336	84	174	0	1.594
PE	1.182	233	264	0	1.679
PI	500	63	198	0	761
PR	3.413	196	82	0	3.691
RJ	1.393	566	2	0	1.961
RN	632	31	191	15	869
RO	1.966	215	89	0	2.270
RR	206	9	28	0	243
RS	2.919	289	555	1	3.764
SC	2.901	159	60	0	3.120
SE	411	61	0	0	472
SP	24.563	1.494	24	0	26.081
TO	834	37	63	39	973
TOT	76.766	6.170	3.503	103	86.542

Fontes: MJ (2015)

**Anexo L - Cobertura de equipes da atenção básica, por UF, em março/2016**

UF	ACS Implantados	% cobertura ACS	ESF Implantados	% cobertura ESF	ESB	NASF
AC	1.613	97,16	211	79,87	126	21
AL	5.670	78,46	823	75,91	647	129
AM	6.326	67,54	684	60,47	422	56
AP	1.128	83,15	163	74,53	87	21
BA	25.644	83,07	3.343	71,9	2.157	358
CE	14.686	82,81	2.394	82,01	1.630	226
DF	964	20,93	237	30,87	86	4
ES	5.255	70,76	694	61,39	419	22
GO	8.154	65,73	1.329	67,28	934	190
MA	15.846	89,4	1.911	79,43	1.240	176
MG	30.014	75,73	5.148	79,3	2.880	715
MSul	4.400	93,78	550	70,34	515	62
MT	5.030	76,93	635	65,85	431	63
PA	14.678	81,56	1.282	53,89	665	99
PB	8.242	98,37	1.337	93,73	1.254	272
PE	15.536	87,59	2.191	76,82	1.566	222
PI	7.198	100	1.277	98,99	1.166	240
PR	12.619	62,46	2.254	67,54	1.284	255
RJ	15.032	51,41	2.515	52,04	1.098	134
RN	5.745	81,86	1.003	80,95	934	165
RO	2.959	83,28	367	75,53	152	16
RR	700	69,7	120	75,67	53	11
RS	10.635	51,88	1.904	56,38	890	125
SC	9.845	77,38	1.677	80,39	976	266
SE	4.088	93,4	603	85,56	406	40
SP	29.935	40	5.033	40,42	2.085	320
TO	3.538	99,77	470	93,84	359	109
TOT	265.480	66,54	40.155	63,83	24.462	4.317

Fonte: MS (2016a)

### Anexo M - Módulo de atenção à saúde previsto na Resolução CNPCP nº 09/2011

Programa	Área Mínima (m2)	Faixa PPL	Penitenciária	Cadeia pública	Colônia agrícola, industrial	Casa do albergado	Centro de Observ Criminol
Sala de recepção e espera	12	1 a 100	X	X	X	-	X
Sala de acolhimento multiprofissional	12		X	X	X	-	X
Sala de atendimento clínico multiprofissional	7,5		X	X	X	-	X
Consultório de atendimento ginecológico com sanitário, em unidades femininas	7,5 + 2,25		X	X	X	-	X
Estoque	7,5		X	X	X	-	X
Dispensação de medicamentos e estoque	1,5		X	X	X	-	X
Cela enfermaria, dimensionada para 0,5% da capacidade da Unidade	12 por leito		X	X	-	-	X
Consultório de atendimento odontológico	9	101 a 300	X	X	X	-	X
Sala multiuso	9		X	X	X	-	X
Sala de procedimentos	3,6		X	X	X	-	X
Laboratório de diagnóstico (1)	25	301 a 700	X	X	X	-	X
Sala de coleta de material para laboratório	26		X	X	X	-	X
Sala de Raio X	12		X	X	X	-	X
Cela de espera	6	701 a 1.000	X	X	X	-	X
Consultório Médico	7,5		X	X	X	-	X
Sala de curativos, suturas e de Enfermagem	12		X	X	X	-	X
Cela de Observação (02 leitos)	9		X	X	X	-	X
Sanitário para pacientes	2,25		X	X	X	-	X
Central de material esterilizado / expurgo	9,60		X	X	X	-	X
Rouparia	27		X	X	X	-	X
Depósito de Material de Limpeza	6,00		X	X	X	-	X
Sanitários para equipe de saúde	2,25 cada		X	X	X	-	X

(1) O laboratório de diagnóstico e a sala de Raio X compõem o serviço de diagnóstico, prevenção e tratamento de Tuberculose, HIV e imunização contra doenças, sendo obrigatório nas unidades planejadas para serem a porta de entrada do sistema prisional de um Estado ou região (quando houver essa centralização). É facultado no caso de estabelecimento penal que faz parte de um conjunto prisional que já possua esse serviço ou que seja atendido por um serviço de diagnóstico que dê cobertura a várias unidades prisionais de uma região geográfica.

Fonte: Adaptado de Resolução CNPCP nº 09/2011

## Anexo N - Dispositivos cujos itens podem ser financiados pela política de cuidados em saúde da população custodiada e de trabalhadores em serviços penais

Dispositivo de saúde	Número de itens financiáveis	Localização possível	Tipo de unidade de custódia a ser referenciada
Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)	38	Municipal ou regional	Unidades femininas ou mistas – qualquer faixa populacional
Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador	2	Regionalizado	Unidades agrupadas por regiões de saúde ou estado
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	343	Municipal: acima de 100 custodiados, na própria unidade; abaixo de 101, integrado ao dispositivo de saúde na comunidade.	Todas
Clínica/Centro de Especialidades	5	Municipal ou regional	Unidades ou complexos prisionais com populações superiores a 1200 custodiados
Núcleo de Atenção à Saúde Bucal	31	Municipal: acima de 100 custodiados, na própria unidade; abaixo de 101, integrado ao dispositivo de saúde na comunidade.	Todas
Unidade Básica de Saúde em Construção	132	Municipal: acima de 100 custodiados, na própria unidade; abaixo de 101, integrado ao dispositivo de saúde na comunidade.	Todas
Unidade de Pronto Atendimento - Porte I	388	Municipal ou regional	Unidades ou complexos prisionais com populações superiores a 1200 custodiados
Unidade de Saúde da Família	186	Municipal: acima de 100 custodiados, na própria unidade; abaixo de 101, integrado ao dispositivo de saúde na comunidade.	Todas
Unidade de Urgência e Emergência Geral	350	Municipal ou regional	Unidades com população superior a 1200 custodiados
Unidade Mista de Saúde	562	Municipal ou regional	Unidades com população superior a 1200 custodiados

Fonte: MS (2017b)

## Anexo O - Parâmetros de produtividade das equipes de saúde – referências da OMS

### a) Parâmetros OMS

Formação	Carga horária semanal	Número de atendimentos por hora
Médico	20	4
Odontólogo	20	3
Psicólogo	30	3
Fisioterapeuta	30	4,4
Enfermeiro	30	3
Assistente Social	30	3
Nutricionista	30	3
Nível Médio	40	5

Fonte: Adaptado de MS (2002)

### b) Estimativo de produtividade das equipes de saúde da PNAISP, baseado na OMS

Área de formação	Básica I + saúde bucal					Básica II + saúde bucal					Básica III + saúde bucal + saúde mental				
	Num prof	Hs seman	Tempo proced - min	Num proced seman	Proc Potenc mês	Num prof	Hs seman	Tempo proced - min	Num proced seman	Proc Potenc mês	Num prof	Hs seman	Tempo proced - min	Num proced seman	Proc Potenc mês
Medicina	1	6	15	24	96	1	20	15	80	320	1	30	15	120	480
Enfermagem	1	6	30	12	48	1	20	30	40	160	1	30	30	60	240
Psicologia	0	6	30	0	0	1	20	30	40	160	1	30	30	60	240
Serviço Social	0	6	30	0	0	1	20	30	40	160	1	30	30	60	240
Nível Superior - outros	0	6	30	0	0	1	20	30	40	160	1	30	30	60	240
Odontologia	1	6	30	12	48	1	20	30	40	160	1	30	30	60	240
Tec/Aux Odontologia	1	6	30	12	48	1	20	30	40	160	1	30	30	60	240
Tec/Aux Enfermagem	1	6	30	12	48	1	20	30	40	160	1	30	30	60	240
Medicina - Psiquiatri									0	0	1	30	15	120	480
Nível superior - SM									0	0	2	30	30	120	480
TOTAL	5			72	288	8			360	1440	11			840	3330

Fonte: Adaptado de MS (2002); Portaria MS/GM nº 482/2014

## Anexo P - Dados sobre a população feminina, gestantes e nutrizes

UF	Total mulheres	Gestantes	Lactantes	Celas adequadas para gestantes			Berçário/centro materno-infantil		Possui creche		
				Sem informação	Não	Sim	Não	Sim	Sem informação	Não	Sim
AC	242	4	0	9	3		2	1	9	3	
AL	329	0	0		2	1	2	1	6	3	
AM	680	13	2	8	10	2	12		8	12	
AP	124	9	13	5	1	1	1	1	6	2	
BA	585	24	12	9	11	1	12	1	9	12	
CE	1.065	1	12	129	29	1	28	1	129	29	1
DF	690	24	15	5	1			1	5	1	
ES	1.075	21	10	28	3	4	3	4	28	6	
GO	831	23	6	23	69	5	69	6	24	72	
MA	258	6	7	21	9	1	10	1	21	10	
MG	2.908	47	39	63	108	4	109	7	66	108	
MSul	1.257	23	24	23	15	3	15	4	24	17	
MT	568	9	0	32	22		24		33	19	
PA	713	0	0	33	6	1	8	1	33	7	
PB	603	8	5		71	3		3	60	15	
PE	1.838	16	8	65	11	2	10	3	65	13	
PI	235	7	0	10	4		4		10	4	
PR	1.057	33	1	28	5	1	5	1	28	5	1
RJ	1.975	25	20	31	15	1	13	2	31	15	
RN	667	26			8	1	8	1		9	
RO	672	12	3	14	24	2	23	2	16	25	
RR	172	0	0	4	1			1	4	1	
RS	1.812	18	17	48	43	3	42	4	48	45	
SC	1.048	16	7	24	15	5	15	6	24	19	1
SE	237	0	0	6	1	1	1	1	6	2	
SP	12.029	166	115	124	24	7	13	6	126	26	3
TO	123	3	0	30	11		11		30	11	
TOT	33.793	534	316	772	522	50	440	59	849	491	6

Fonte: MJ (2016b)

**Anexo Q - Dados sobre a cobertura de CAPS, desde 2008 - Número de CAPS existentes, por ano, desde 2008**

<b>Ano</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPSi</b>	<b>CAPS AD</b>	<b>CAPS AD 24h</b>	<b>Tot</b>
2008	618	382	39	101	186	0	1.326
2009	686	400	46	112	223	0	1.467
2010	761	418	55	128	258	0	1.620
2011	800	430	62	140	266	3	1.701
2012	907	463	72	175	292	28	1.937
2013	982	470	79	187	302	47	2.067
2014	1.069	476	85	201	309	69	2.209
2015	1.135	488	92	210	315	88	2.328
2016	1.138	489	93	210	316	88	2.334

**Fonte: MS (2016b)**

### Anexo R - Equipes pertinentes à PNAISP e atenção básica, por UF

UF	PPL tot	PPL unidades PNSSP ou PNAISP	PPL potenc atend PNSSP PNAISP	% acesso potencial PNSSP PNAISP	Equipe PNSSP	PNAISP Atenção Básica Prision I	PNAISP Prision I com Saúde Mental	PNAISP prision II	PNAISP Prision II com Saúde Mental	PNAISP Prision III	Outras Atenção Básica	Equipes incent PNSSP PNAISP	Incentivo Total março 2016
AC	4.952	2.047	2.700	54,5	0	0	0	3	0	1	1	4	117.340,15
AL	6.254	2.995	3.100	49,6	0	1	0	4	2	0	0	1	3.780,00
AM	6.756	2.213	4.200	62,2	0	4	1	4	1	1	18	5	69.673,45
AP	2.663	2.628	1.000	37,6	2	0	0	0	0	0	0	2	7.560,00
BA	15.666	9.352	9.300	59,4	15	0	1	1	0	1	0	17	60.480,00
CE	22.538	11.605	7.700	34,2	3	3	0	6	1	2	1	12	41.580,00
DF	14.959	14.814	7.500	50,1	0	0	0	3	0	5	0	6	215.780,57
ES	19.297	9.529	5.600	29,0	11	1	0	0	0	0	0	11	41.580,00
GO	16.775	5.851	6.200	37,0	6	18	4	1	1	0	34	9	26.460,00
MA	7.862	2.113	4.100	52,1	0	8	3	2	4	0	18	5	82.197,77
MG	67.362	25.565	21.300	31,6	30	13	3	3	4	1	17	23	83.160,00
MSul	15.373	6.159	11.500	74,8	6	18	7	8	4	0	16	31	293.047,09
MT	11.088	5.925	4.000	36,1	8	0	0	0	0	0	0	5	18.900,00
PA	14.404	4.732	5.900	41,0	1	0	0	5	1	2	0	7	157.027,62
PB	11.005	5.627	3.800	34,5	7	3	0	0	0	0	0	7	26.460,00
PE	30.896	23.910	20.300	65,7	0	0	1	2	0	16	0	18	885.877,96
PI	3.968	131	500	12,6	0	0	0	0	1	0	1	0	0,00
PR	30.667	3.395	4.200	13,7	2	2	1	0	1	2	8	3	73.702,94
RJ	49.773	19.284	9.000	18,1	18	0	0	0	0	0	0	0	0,00
RN	8.120	2.198	3.500	43,1	0	2	1	2	2	1	12	1	3.780,00
RO	9.509	3.977	5.600	58,9	7	6	0	2	1	0	8	10	28.350,00
RR	2.103	1.367	500	23,8	1	0	0	0	0	0	0	1	3.780,00
RS	32.224	19.492	17.100	53,1	1	7	1	19	3	4	8	26	615.560,48
SC	17.933	8.002	8.800	49,1	1	6	2	2	1	5	9	7	132.911,96
SE	4.856	742	1000	20,6	2	0	0	0	0	0	0	2	7.560,00
SP	229.767	81.220	31.100	13,5	46	2	0	10	1	2	0	59	219.240,00
TO	3.254	1.300	2.800	86,0	0	18	0	3	0	0	36	12	110.208,42
TOT	660.024	276.173	202.300	30,7	167	112	25	80	28	43	187	284	3.325.998,41

Fonte: MJ (2016b) e MS (2016b)

### Anexo S - Numero de custodiados e cobertura PNAISP e PNSSP, por tipo de unidade de custódia e UF

UF	Cadeia pública / CDP		Casa do albergado		Colônia agrícola, industrial		Delegacia		HCTP/Ala		Penitenciária		PPL coberta PNAISP ou PNSSP	
	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	PPL	Unid	Num	%
AC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2047	4	2.047	41,3
AL	0	0	0	0	0	0	0	0	81	1	2914	6	2.995	47,9
AM	595	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1618	8	2.213	32,8
AP	765	3	0	0	0	0	0	0	11	1	1852	3	2.628	98,7
BA	9	1	0	0	721	2	0	0	146	1	8476	13	9.352	59,7
CE	7857	8	0	0	0	0	0	0	147	2	3601	4	11.605	51,5
DF	0	0	0	0	1542	1	0	0	104	1	13168	5	14.814	99,0
ES	3996	4	0	0	0	0	0	0	0	0	5533	8	9.529	49,4
GO	3849	27	0	0	0	0	0	0	0	0	2002	2	5.851	34,9
MA	0	0	125	1	0	0	382	13	0	0	1606	7	2.113	26,9
MG	3435	18	0	0	0	0	0	0	367	3	21763	23	25.565	38,0
MSul	724	22	300	4	0	0	14	1	0	0	5121	22	6.159	40,1
MT	1138	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4787	5	5.925	53,4
PA	310	1	0	0	795	1	0	0	176	1	3451	6	4.732	32,9
PB	0	0	0	0	0	0	0	0	83	1	5544	9	5.627	51,1
PE	2279	2	0	0	3053	2	0	0	494	1	18084	11	23.910	77,4
PI	131	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	131	3,3
PR	181	3	0	0	0	0	0	0	746	1	2468	4	3.395	11,1
RJ	4766	3	0	0	0	0	0	0	166	4	14352	11	19.284	38,7
RN	350	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1848	3	2.198	27,1
RO	1147	5	0	0	68	1	0	0	0	0	2762	10	3.977	41,8
RR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1367	1	1.367	65,0
RS	1095	1	120	1	0	0	0	0	0	0	18277	29	19.492	60,5
SC	1582	5	0	0	0	0	0	0	0	0	6420	12	8.002	44,6
SE	0	0	0	0	0	0	0	0	99	1	643	1	742	15,3
SP	20421	12	0	0	5187	3	0	0	779	2	54833	36	81.220	35,3
TO	816	18	0	0	0	1	0	0	0	0	484	2	1.300	40,0
TOT	55.446	141	545	6	11.366	11	396	14	3.399	20	205.021	245	276.173	41,8

Fontes: MJ (2016b) e MS (2016b)

**Anexo T - Soma de valores de incentivos decorrentes do PNSSP e da PNAISP, por parte do governo federal, desde 2004**

UF	FUNPEN 2004 - 2010	FNS 2004 - 2012	FNS 2013	FNS 2014	FNS 2015	FNS até março/2016	TOTAL PNSSP + PNAISP 2004 - 2016
AC	34.020,00	139.860,00	105.840,00	79.380,00	1.178.470,50	676.980,67	2.214.551,17
AL	0,00	75.600,00	49.140,00	37.800,00	37.800,00	22.680,00	223.020,00
AM	37.260,00	128.520,00	49.140,00	189.000,00	803.138,77	355.994,07	1.563.052,84
AP	0,00	64.260,00	90.720,00	75.600,00	90.720,00	45.360,00	366.660,00
BA	560.844,60	2.962.387,40	937.440,00	661.500,00	829.710,00	317.520,00	6.269.402,00
CE	183.820,80	1.336.115,20	640.710,00	491.400,00	498.960,00	262.710,00	3.413.716,00
DF	566.061,60	1.857.570,40	629.370,00	415.800,00	2.664.790,30	1.521.715,72	7.655.308,02
ES	132.840,00	793.800,00	343.980,00	449.820,00	551.880,00	249.480,00	2.521.800,00
GO	79.366,80	336.389,20	319.410,00	264.600,00	309.960,00	153.090,00	1.462.816,00
MA	0,00	26.460,00	98.280,00	75.600,00	2.811.517,61	1.472.026,46	4.483.884,07
MG	1.587.825,60	4.060.246,40	831.600,00	831.600,00	996.030,00	498.960,00	8.806.262,00
MSul	202.986,00	1.702.224,00	740.880,00	521.640,00	3.398.989,51	1.457.514,26	8.024.233,77
MT	480.544,50	1.639.130,50	345.870,00	206.010,00	236.279,99	115.290,00	3.023.124,99
PA	0,00	68.040,00	52.920,00	37.800,00	1.487.193,28	800.531,34	2.446.484,62
PB	199.260,00	714.420,00	355.320,00	200.340,00	283.500,00	158.760,00	1.911.600,00
PE	444.827,40	1.578.470,60	854.280,00	578.340,00	9.097.336,96	5.629.661,46	18.182.916,42
PI	0,00	0,00	9.450,00	0,00	1.254.000,00	660.000,00	1.923.450,00
PR	100.440,00	423.360,00	156.870,00	113.400,00	657.663,52	364.734,70	1.816.468,22
RJ	2.863.239,60	7.198.752,40	0,00	0,00	0,00	0,00	10.061.992,00
RN	0,00	0,00	7.560,00	37.800,00	41.580,00	18.900,00	105.840,00
RO	564.620,70	1.963.918,30	360.990,00	266.490,00	349.650,00	149.310,00	3.654.979,00
RR	0,00	60.480,00	37.800,00	22.680,00	18.900,00	22.680,00	162.540,00
RS	137.700,00	1.175.580,00	876.960,00	704.970,00	5.871.323,53	3.070.187,90	11.836.721,43
SC	0,00	52.920,00	105.840,00	75.600,00	1.401.172,80	664.559,80	2.300.092,60
SE	0,00	90.720,00	105.840,00	75.600,00	88.830,00	45.360,00	406.350,00
SP	5.072.371,80	14.443.824,20	3.638.250,00	2.542.050,00	2.740.500,00	1.349.460,00	29.786.456,00
TO	76.563,00	269.367,00	85.050,00	96.390,00	1.235.644,34	572.344,83	2.335.359,17
TOT	13.324.592,40	43.162.415,60	11.829.510,00	9.051.210,00	38.935.541,11	20.655.811,21	136.959.080,32

Fontes: MJ (2016b) e CGU (2016)

## Anexo U - Projeção de universalização do acesso ao SUS pela população custodiada, segundo os parâmetros da PNAISP

UF	Número de unidades de custódia por faixa de população prisional					Número unidades custódia	Num equipes necessárias			Custo mensal estimado incentivo + compensação Gestão Munic (<101 presos) e Gestão Estad (>100 presos)	
	0	1 – 100	101- 500	501- 1200	Acima 1200		III	II	I	Sem Saúde Mental	Com Saúde Mental
AC		2	8	2	1	13	3	9	2	360.327,00	467.263,25
AL		1	4	4	1	10	6	4	1	366.758,74	410.407,54
AM	1	60	8	5		74	5	8	60	774.008,47	1.125.427,24
AP		4	2	1	1	8	2	3	4	179.598,66	225.598,43
BA	91	173	13	6	3	286	10	15	173	1.836.871,91	2.730.988,18
CE	10	140	15	8	4	177	16	15	141	2.081.990,27	2.868.754,80
DF		1	2	1	5	9	13	4	1	677.615,87	720.792,58
ES		4	14	18	1	37	19	14	5	1.292.732,97	1.470.349,49
GO	22	102	36	2	2	164	5	37	102	1.681.662,32	2.526.917,79
MA	47	103	22	2		174	2	22	103	1.169.494,06	1.833.705,70
MG	13	151	104	24	11	303	43	105	153	5.378.778,26	7.159.154,76
MSul	18	59	22	6	3	108	11	22	61	1.371.609,70	1.862.056,91
MT	15	37	18	3	2	75	6	18	38	913.566,53	1.269.951,54
PA	46	65	34	6		151	6	34	65	1.456.460,51	2.103.450,45
PB	1	59	18	2	2	82	4	19	60	969.321,42	1.435.031,48
PE	7	59	3	8	10	87	28	5	60	1.922.228,94	2.240.054,28
PI		5	10	1		16	1	10	5	298.016,86	427.971,88
PR	48	131	40	14	3	236	17	43	131	2.540.811,45	3.536.302,69
RJ	4	9	13	11	19	56	44	20	10	2.536.353,12	2.777.776,39
RN	104	48	14	3	1	170	4	15	48	815.367,02	1.181.448,64
RO	1	31	16	5		53	5	16	31	769.297,95	1.066.955,81
RR	9	4	3		1	17	1	4	4	153.622,68	210.385,95
RS	1	32	54	11	5	103	20	56	33	2.417.383,70	3.157.562,72
SC	5	8	28	12	1	54	13	28	9	1.310.970,13	1.649.774,68
SE	17	17	4	1	1	40	3	5	17	372.535,67	497.826,54
SP	15	100	30	29	104	278	199	73	107	12.415.265,15	13.610.928,92
TO	11	35	7	1	0	54	1	7	35	414.987,54	642.928,20
TOT	215	1.440	542	54	112	2.835	487	611	1.459	46.477.636,87	59.209.766,85

Fonte: MJ (2016b)

### Anexo V - Número de profissionais das equipes em CNES que referenciam a população privada de liberdade

UF	<>	Gesto- res	Segur penit	ACS	Aux Serv adm	Cirurgião Dentista	Enfer- meiro	Farma- cêutico	Assis- tente Social	Me- dico	Psicó- logo	Outros especia- listas saúde	Tecnico/ Auxiliar Enfer- magem	Técnico/ Auxiliar Saúde Bucal	Outros téc/n/ Aux saúde	TOT
AC	0	4	0	7	0	11	14	1	13	14	10	6	26	14	7	120
AL	0	0	0	0	0	8	11	0	16	10	11	0	8	7	0	71
AM	0	4	0	168	50	34	38	9	22	50	13	13	105	29	66	535
AP	0	0	0	0	0	14	14	0	14	21	14	7	14	0	0	98
BA	0	1	0	0	0	31	36	5	39	42	39	7	76	22	11	298
CE	1	2	0	4	2	25	30	7	29	44	25	14	73	15	12	271
DF	0	0	0	0	1	13	21	5	11	23	17	5	23	11	2	130
ES	0	0	0	0	8	12	13	0	12	15	12	2	34	11	0	119
GO	9	4	0	148	22	65	75	13	27	82	25	37	93	67	33	667
MA	0	2	0	170	25	36	56	8	12	46	15	19	92	38	32	519
MG	1	15	0	106	29	103	110	14	145	133	122	20	241	64	11	1.103
MSul	6	3	0	96	29	71	73	17	40	114	42	36	106	66	15	699
MT	1	3	0	0	0	13	10	8	13	14	14	8	42	8	0	134
PA	0	1	0	0	0	12	16	1	18	15	14	6	13	8	0	104
PB	0	0	0	0	0	13	14	0	11	12	12	0	25	3	0	90
PE	1	0	0	0	1	21	28	4	44	42	34	8	42	19	0	244
PI	0	0	0	4	0	2	3	0	2	3	1	1	2	2	0	20
PR	0	6	1	53	17	20	28	10	11	38	14	13	81	16	9	308
RJ	0	4	0	0	0	20	24	1	38	48	34	3	104	0	1	276
RN	0	2	0	68	1	19	30	4	8	33	11	7	21	21	0	225
RO	2	5	0	53	9	21	34	3	14	24	11	3	61	14	5	254
RR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
RS	1	3	0	49	5	51	57	10	53	86	52	15	85	45	8	512
SC	0	3	0	61	10	28	38	5	20	43	23	10	65	30	1	336
SE	0	0	0	0	0	4	4	1	2	3	3	1	19	2	0	39
SP	6	7	5	0	10	73	132	14	134	97	124	2	198	15	14	817
TO	5	7	0	214	8	50	62	9	14	60	12	22	105	47	18	615
TOT	34	76	6	1.201	227	770	971	149	762	1.112	704	265	1.754	574	245	8605

Fontes: MJ (2016b) e MS (2016b)

### Anexo X - Número médio de população custodiada por profissional das equipes habilitadas

UF	PPL coberta PNAISP PNSSP	Profissionais previstos na PNAISP	Média de PPL por profiss previsto na PNAISP	Profissionais de nível superior previstos na PNAISP	Média de PPL por profissional de nível superior previsto na PNAISP
AC	2.047	116	42,7	69	29,7
AL	2.995	71	88,1	56	53,5
AM	2.213	379	17,8	179	12,4
AP	2.628	98	27,2	84	31,3
BA	9.352	308	50,9	199	47,0
CE	11.605	274	82,3	174	66,7
DF	14.814	131	114,2	95	155,9
ES	9.529	111	173,8	66	144,4
GO	5.851	517	32,4	324	18,1
MA	2.113	354	22,2	192	11,0
MG	25.565	963	70,0	647	39,5
MSul	6.159	580	26,5	393	15,7
MT	5.925	130	85,3	80	74,1
PA	4.732	103	139,8	82	57,7
PB	5.627	90	122,3	62	90,8
PE	23.910	242	127,7	181	132,1
PI	131	16	248,0	12	10,9
PR	3.395	240	127,8	134	25,3
RJ	19.284	273	182,3	168	114,8
RN	2.198	154	52,7	112	19,6
RO	3.977	190	50,0	110	36,2
RR	1.367	0	0	0	0
RS	19.492	462	69,7	324	60,2
SC	8.002	263	68,2	167	47,9
SE	742	39	124,5	18	41,2
SP	81.220	803	286,1	576	141,0
TO	1.300	399	8,2	229	5,7
TOT	276.173	7.306	90,3	4.733	58,4

Fontes: MJ (2016b) e MS (2016b)

**Anexo Y – Dados sobre a cobertura de CAPS, desde 2008 - cobertura de CAPS, por UF, em março de 2016**

UF	CAPS I	CAPS II	CAPS ad	CAPSi	CAPS III	CAPS AD III	TOT CAPS	Tx CAPS
AC	3	1	1	0	0	1	6	0,62
AL	47	6	3	1	0	1	58	1,05
AM	14	5	1	1	1	0	22	0,39
AP	0	0	1	1	0	1	3	0,46
BA	158	35	16	10	3	4	226	0,99
CE	64	30	24	7	3	2	130	1,13
DF	1	3	4	1	0	3	12	0,45
ES	10	8	5	1	1	1	26	0,56
GO	34	15	8	3	1	2	63	0,72
MA	45	16	7	3	3	0	74	0,77
MG	141	54	33	20	15	11	274	1,04
MSul	11	6	4	2	1	1	25	0,77
MT	29	3	5	3	0	0	40	0,78
PA	48	16	6	4	4	1	79	0,70
PB	53	8	7	9	4	8	89	1,72
PE	49	26	15	8	4	4	106	0,91
PI	42	8	5	2	1	2	60	1,26
PR	55	28	25	11	4	8	131	0,98
RJ	44	47	22	24	3	2	142	0,74
RN	18	11	5	3	1	2	40	0,94
RO	14	5	1	1	0	0	21	0,79
RR	5	1	0	0	1	1	8	1,29
RS	78	41	28	21	1	12	181	1,32
SC	59	14	14	8	2	1	98	1,03
SE	26	4	5	2	3	1	41	1,34
SP	85	93	77	61	37	15	368	0,79
TO	10	5	1	0	0	3	19	1,02
TOT	1.143	489	323	207	93	87	2.342	0,91

Fonte: MS (2016b)

## Anexo Z - Cobertura dos diversos serviços para atenção psicossocial, por UF

UF	Atenc ambulat/ hosp álcool/ drogas (1)	Serv Psiqui- Atria (1)	Hosp Dia – (2)	Cons Rua (3)	Hosp psiq/ geral (4)	PrA Psiqui (5)	Psicos- Social (6)	UA Adulto (7)	UA Infant Juv (7)	NASF	SRT
AC	2	1	0	1	1	1	22	1	0	21	0
AL	2	5	0	4	5	2	177	4	2	129	0
AM	0	1	0	3	6	2	62	1	0	56	1
AP	0	0	0	1	2	2	19	0	1	22	0
BA	1	7	0	4	38	4	433	3	3	373	14
CE	5	5	0	0	39	6	255	6	0	232	4
DF	6	1	0	3	10	0	43	0	0	4	0
ES	0	3	0	3	5	3	162	0	0	23	2
GO	2	11	0	3	30	2	220	2	2	197	8
MA	0	3	0	3	12	3	178	6	0	181	5
MG	51	11	0	15	88	12	1.093	8	4	732	34
MSul	1	2	0	3	15	1	130	0	0	61	2
MT	0	2	0	2	15	1	138	3	1	65	2
PA	0	8	0	2	15	0	184	2	0	107	1
PB	1	3	0	5	13	2	204	6	2	274	10
PE	5	10	0	5	20	3	341	7	0	230	28
PI	2	1	0	1	7	0	92	1	1	241	4
PR	3	13	1	6	44	13	358	14	2	259	7
RJ	22	25	0	17	77	11	438	4	0	159	75
RN	1	4	0	4	9	2	127	0	0	169	3
RO	2	0	0	1	8	0	46	0	0	16	0
RR	0	0	0	0	2	0	22	0	0	11	0
RS	91	6	0	6	177	16	498	10	2	142	6
SC	6	4	0	3	62	8	405	5	0	266	5
SE	2	1	0	1	4	0	81	5	0	40	16
SP	3	50	0	31	151	32	2.101	17	4	348	97
TO	2	0	0	0	7	0	53	3	0	110	0
TOT	210	177	1	127	862	126	7.882	108	24	4.468	324

Fonte: MS (2016b)

### Índice:

(1) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; o art. 10, da Portaria MS/GM nº 3.088/2011, define esses pontos de atenção na RAPS na atenção hospitalar;

(1) Atenção às urgências e emergências: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde; Enfermaria especializada em Hospital Geral;

(2) Hospital-dia: oferta atenção a, no máximo, 12 horas, sendo um serviço intermediário entre a unidade ambulatorial e a internação, dedicado a procedimentos para situações emergenciais e procedimentos terapêuticos breves, contribuindo para o fluxo de referência na rede;

(3) Os Consultórios de Rua, ou Equipes de Consultório de Rua (eCR), são definidos pela Portaria MS/GM nº 122, de 25/01/2012,;

(4) Hospital psiquiátrico e geral, comumente dedicados à oferta de leitos, para internação.

(5) Pronto Atendimento (PrA) psiquiátrico: de acordo com a Portaria MS/GM nº 3.088/2011, representam as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, do componente de urgência e emergência da RAPS;

(6) Serviços de atenção psicossocial, complementares aos demais dispositivos da RAS, em unidades diversas, tais como unidades básicas de saúde, policlínicas, etc.

(7) Unidade de Acolhimento (UA), adulto e infanto-juvenil: dispostos na Portaria MS/GM nº 121, de 25/01/2012, são destinadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, sendo considerados componentes de atenção residencial de caráter transitório da RAPS; o seu objetivo é, segundo o art. 2º, § 1º, é “oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo”.

### Anexo AA - Níveis de suficiência de cobertura de CAPS, por cobertura da ESF

Faixa ESF	Inexistente		Crítica		Insuficiente		Razoável		Suficiente		TOTAIS	
	Pop 2015	Num munic	Pop 2015	Num munic	Pop 2015	Num munic	Pop 2015	Num munic	Pop 2015	Num munic	Pop 2015	Num munic
Sem inform	1.033.595	3.109	0	0	0	0	316.500	47	594.718	736	1.944.813	3.892
Até 25%	1.484.784	284	897.395	0	2.344.413	0	6.546.830	41	2.672.134	167	13.945.556	492
25,01% a 50%	3.789.858	100	2.057.711	0	16.014.455	0	30.173.871	4	12.446.119	10	64.482.014	114
50,01% a 80%	6.833.799	29	0	2	2.858.235	4	17.260.276	21	22.164.734	26	49.117.044	82
80,01% a 95%	3.989.878	127	0	1	0	12	7.840.795	64	8.531.448	90	20.362.121	294
95,01% a 100%	27.753.370	344	0	0	0	9	4.968.238	98	21.864.030	240	54.585.638	691
TOTAIS	44.885.284	3.993	2.955.106	3	21.217.103	25	67.106.510	275	68.273.183	1.269	204.437.186	5.565

Fonte: MS (2016b)

## Anexo AB - Previsão inicial de habilitação de EAP, durante a pactuação da PNAISP

UF	Med segur (Infopen 2012)	2014	2015	Observações
AC	8	1	1	UF apresentava, em 2013, condições institucionais e técnicas que a predispunham às premissas da PNAISP
AL	35	0	1	
AM	29	1	1	UF apresentava, em 2013, condições institucionais e técnicas que a predispunham às premissas da PNAISP
AP	8	0	1	
BA	43	1	1	UF apresentava, em 2013, condições institucionais e técnicas que a predispunham às premissas da PNAISP; demanda era crescente em unidades hospitalares do SUS (cujos dados não figuravam no Infopen)
CE	184	0	1	
DF	83	1	1	UF apresentava, em 2013, condições institucionais e técnicas que a predispunham às premissas da PNAISP; demanda crescente na ATP
ES	201	1	1	Demanda significativa no HCTP
GO	11	0	1	
MA	2	1	1	UF apresentava, em 2013, condições institucionais e técnicas que a predispunham às premissas da PNAISP; foi uma das UF responsáveis pela geração das bases conceituais e metodológicas para proposição da EAP; havia a crescente demanda no Hospital Nina Rodrigues, do SUS
MG	175	1	1	UF apresentava, em 2013, condições institucionais e técnicas que a predispunham às premissas da PNAISP; a demanda crescia no sistema prisional que, por determinação de parte do judiciário, inseria uma população com transtorno mental de modo crescente, apesar da presença do PAI-PJ
MSul	34	1	1	UF apresentava, em 2013, condições institucionais e técnicas que a predispunham às premissas da PNAISP;
MT	28	0	1	
PA	100	1	1	Demanda significativa no sistema prisional, com ausência de práticas pautadas no SUS
PB	44	1	1	Demanda significativa no sistema prisional, com ausência de práticas pautadas no SUS; a coordenação estadual de saúde mental apresentava-se como predisposta à implementação da EAP, com grande capacidade de produção de pactuações nos territórios
PE	513	1	1	Demanda significativa no sistema prisional, com ausência de práticas pautadas no SUS; UF apresentava, em 2013, condições institucionais e técnicas que a predispunham às premissas da PNAISP;
PI	47	1	1	Demanda significativa no sistema prisional, com ausência de práticas pautadas no SUS; UF apresentava, em 2013, condições institucionais e técnicas que a predispunham às premissas da PNAISP;
PR	426	0	1	Não havia predisposição, à época, para produção conjunta de estratégia pautada no SUS
RJ	122	1	1	Demanda significativa no sistema prisional, com ausência de práticas pautadas no SUS; UF apresentava, em 2013, condições institucionais e técnicas que a predispunham às premissas da PNAISP;
RN	61	1	1	Demanda significativa no sistema prisional, com ausência de práticas pautadas no SUS
RO	35	1	1	UF apresentava, em 2013, condições institucionais e técnicas que a predispunham às premissas da PNAISP; foi uma das UF responsáveis pela geração das bases conceituais e metodológicas para proposição da EAP; havia a crescente demanda no Hospital de Base de Porto Velho, do SUS
RR	3	0	1	
RS	498	1	1	Demanda significativa no sistema prisional, com ausência de práticas pautadas no SUS; a coordenação estadual de saúde mental apresentava-se como predisposta à implementação da EAP, com grande capacidade de produção de pactuações nos territórios
SC	170	0	1	
SE	42	0	1	
SP	1.259	1	1	Demanda significativa no sistema prisional, com ausência de práticas pautadas no SUS; a coordenação estadual de saúde prisional apresentava-se como predisposta à implementação da EAP, com grande capacidade de produção de pactuações nos territórios
TO	15	0	1	
TOT	4.176	17	27	

Fonte: Adaptado de MS (2013c); notas do autor

### Anexo AC - Indicadores de cobertura da atenção básica, PNAISP e RAPS, por UF

UF	POP 2015	PPL	Med Seg CNJ	Med Seg MJ	PPL referenciada PNAISP/PNSSP	PPL referenciada por PNAISP com componente saúde mental	NASF	SRT	TOT CAPS	Tx cobertura CAPS	Cobertura ACS %	Cobertura ESF %
AC	803.513	4.952	12	10	2.047	1.691	21	0	6	0,62	97,16	79,87
AL	3.340.932	6.254	38	46	2.995	679	129	0	58	1,05	78,46	75,91
AM	3.938.336	6.756	28	21	2.213	1.389	56	1	22	0,39	67,54	60,47
AP	766.679	2.663	0	13	2.628	0	22	0	3	0,46	83,15	74,53
BA	15.203.934	15.666	60	55	9.352	1.261	373	14	226	0,99	83,07	71,9
CE	8.904.459	22.538	45	47	11.605	3.043	232	4	130	1,13	82,81	82,01
DF	2.914.830	14.959	152	65	14.814	13.168	4	0	12	0,45	20,93	30,87
ES	3.929.911	19.297	52	66	9.529	0	23	2	26	0,56	70,76	61,39
GO	6.610.681	16.775	101	11	5.851	712	197	8	63	0,72	65,73	67,28
MA	6.904.241	7.862	1	0	2.113	760	181	5	74	0,77	89,4	79,43
MG	20.869.101	67.362	328	207	26.554	1.955	732	34	274	1,04	75,73	79,3
MSul	2.646.085	15.373	3	48	6.159	1.654	61	2	25	0,77	93,78	70,34
MT	3.265.486	11.088	37	20	5.925	0	65	2	40	0,78	76,93	65,85
PA	8.191.477	14.404	66	103	4.732	1.276	107	1	79	0,70	81,56	53,89
PB	3.972.202	11.005	30	41	5.627	0	274	10	89	1,72	98,37	93,73
PE	9.345.173	30.896	274	447	23.910	22.911	230	28	106	0,91	87,59	76,82
PI	3.204.028	3.968	11	17	131	131	241	4	60	1,26	100	98,99
PR	11.163.018	30.667	319	284	3.395	1.334	259	7	131	0,98	62,46	67,54
RJ	16.550.024	49.773	215	89	19.284	0	159	75	142	0,74	51,41	52,04
RN	3.442.175	8.120	44	90	2.198	1.341	169	3	40	0,94	81,86	80,95
RO	1.768.204	9.509	27	40	3.977	549	16	0	21	0,79	83,28	75,53
RR	505.665	2.103	4	0	1.367	0	11	0	8	1,29	69,7	75,67
RS	11.245.148	32.224	263	56	28.808	4.354	142	6	181	1,32	51,88	56,38
SC	6.797.337	17.933	102	93	8.002	5.988	266	5	98	1,03	77,38	80,39
SE	2.242.937	4.856	45	0	742	0	40	16	41	1,34	93,4	85,56
SP	44.396.484	229.767	1.352	1.427	81.220	3.022	348	97	368	0,79	40	40,42
TO	1.515.126	3.254	9	11	1.300	0	110	0	19	1,02	99,77	93,84
TOT	204.437.186	660.024	3.618	3.307	286.478	67.218	4.468	324	2.342	0,91	66,54	63,83

Fonte: MC (2016c) e MS(2016b; 2016c)

### Anexo AD - Cobertura de CAPS e ESF, em relação à população custodiada

Faixa ESF	Inexistente			Crítica			Insuficiente			Razoável			Suficiente		
	PPL	PPL PNAISP/ PNSSP	PPL PNAISP c/ SM	PPL	PPL PNAISP/ PNSSP	PPL PNAISP c/ SM	PPL	PPL PNAISP/ PNSSP	PPL PNAISP c/ SM	PPL	PPL PNAISP/ PNSSP	PPL PNAISP c/ SM	PPL	PPL PNAISP/ PNSSP	PPL PNAISP c/ SM
não há	76	0	0	0	0	0	0	0	0	348	0	0	383	0	0
Até 25%	4.538	4.222	0	8.575	4.805	0	9.115	1.296	287	22.879	5.360	1.797	14.153	751	0
25,01% a 50%	23.410	13.175	208	4.631	1.180	1.180	62.987	36.811	13.168	70.962	46.048	2.360	36.162	10.322	1.513
50,01% a 80%	39.857	8.184	589	0	0	0	8.681	2.211	872	58.967	25.027	3.305	93.835	34.990	9.102
80,01% a 95%	22.997	7.730	0	0	0	0	0	0	0	22.771	12.827	3.684	40.989	24.844	11.190
95,01% a 100%	47.043	19.264	5.008	0	0	0	0	0	0	11.889	3.135	764	54.776	24.296	12.191
<b>TOTAIS</b>	<b>137.921</b>	<b>52.575</b>	<b>5.805</b>	<b>13.206</b>	<b>5.985</b>	<b>1.180</b>	<b>80.783</b>	<b>40.318</b>	<b>14.327</b>	<b>187.816</b>	<b>92.397</b>	<b>11.910</b>	<b>240.298</b>	<b>95.203</b>	<b>33.996</b>

Fonte: MC (2016c) e MS(2016b; 2016c)

### Anexo AE - Cobertura CAPS em municípios com unidades de custódia e UF

UF	Inexistente			Crítica			Insuficiente			Razoável			Suficiente			TOTAL		
	PPL	Med CNJ	Med MJ	PPL	Med CNJ	Med MJ	PPL	Med CNJ	Med MJ	PPL	Med CNJ	Med MJ	PPL	Med CNJ	Med MJ	PPL	Med CNJ	Med MJ
AC	1.278	0	0	0	0	0	0	0	0	3.086	7	7	588	5	3	4.952	12	10
AL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5.494	38	46	760	0	0	6.254	38	46
AM	906	0	0	4.631	27	21	0	0	0	526	0	0	693	1	0	6.756	28	21
AP	35	0	0	0	0	0	0	0	0	2.628	0	13	0	0	0	2.663	0	13
BA	723	0	0	0	0	0	91	0	0	7.751	60	55	7.101	0	0	15.666	60	55
CE	2.465	0	0	0	0	0	0	0	0	6.650	0	0	13.423	45	47	22.538	45	47
DF	0	0	0	0	0	0	14.959	152	65	0	0	0	0	0	0	14.959	152	65
ES	4.886	0	2	6.254	0	0	2.025	0	0	4.569	52	64	1.563	0	0	19.297	52	66
GO	3.768	39	2	0	0	0	602	2	3	3.526	2	0	8.879	58	6	16.775	101	11
MA	870	1	0	0	0	0	3.620	0	0	846	0	0	2.526	0	0	7.862	1	0
MG	5.929	25	2	0	0	0	933	1	0	24.575	59	44	35.925	243	161	67.362	328	207
MSul	2.834	0	1	0	0	0	0	0	0	9.963	2	47	2.576	1	0	15.373	3	48
MT	1.647	5	0	0	0	0	856	0	0	4.605	32	19	3.980	0	1	11.088	37	20
PA	563	0	0	0	0	0	2.127	0	0	4.543	2	0	7.171	64	103	14.404	66	103
PB	483	0	0	0	0	0	0	0	0	4.707	29	34	5.815	1	7	11.005	30	41
PE	1.679	0	0	0	0	0	0	0	0	9.440	0	0	19.777	274	447	30.896	274	447
PI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.574	0	2	2.394	11	15	3.968	11	17
PR	4.524	2	0	0	0	0	0	0	0	10.049	0	0	16.094	317	284	30.667	319	284
RJ	0	0	0	0	0	0	35.389	112	14	5.311	0	0	9.073	103	75	49.773	215	89
RN	1.467	0	0	0	0	0	0	0	0	3.669	44	68	2.984	0	22	8.120	44	90
RO	322	1	0	0	0	0	0	0	0	7.373	14	40	1.814	12	0	9.509	27	40
RR	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.041	4	0	2.103	4	0
RS	2.389	1	0	0	0	0	0	0	0	9.016	256	39	20.819	6	17	32.224	263	56
SC	3.090	0	0	0	0	0	0	0	0	5.514	95	90	9.329	7	3	17.933	102	93
SE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	4.849	45	0	4.856	45	0
SP	96.823	990	1095	2.321	0	0	20.181	0	3	51.145	353	319	59.297	9	10	229.767	1.352	1.427
TO	1.177	3	6	0	0	0	0	0	0	1.250	4	4	827	2	1	3.254	9	11
TOT	137.921	1.067	1.108	13.206	27	21	80.783	267	85	187.816	1.049	891	240.298	1.208	1.202	660.024	3.618	3.307

Fonte: MC (2016c) e MS(2016b; 2016c)

### Anexo AF - Tabela de indicadores pactuados para habilitação das EAP, no PI

INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS			
	1º sem 2015	2º sem 2015	1º trime 2016	2º trime 2016
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei atendidas pela EAP em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência.	35%	50%	10%	5%
Proporção de Projetos Terapêuticos Singulares elaborados, em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência.	35%	50%	10%	5%
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança sob cuidados do SUS em meio hospitalar em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei no território de referência.	6.8%	79.5%	6.8%	6.8%
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei que cumpriam medidas de segurança em unidades do sistema de justiça criminal, efetivamente desinternadas, em relação ao número total no território de referência.	00	5%	55%	-
Proporção de pareceres produzidos e acatados pelo sistema de justiça, em relação ao número de incidentes de insanidade mental.	00	00	-	-

Fonte: PI (2014)

## Anexo AG - Número de municípios e suficiência em média e alta complexidades

UF	Número de munic na UF	Totais de municípios na UF, com suficiência em modalidades de média e alta complexidades													
		4 Razão exames de mamografia mulheres de 50 a 69 anos	5 Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos	6 Razão proced ambul de média complex	7 Razão internaç clínicocirúrg média complex	8 Razão procedim ambulat de alta complex	9 Razão internaç clínico-cirúrg alta complex	10 % proced ambulat média complex	12 % proced ambulat alta complex	11 % internaç de média complex para não resi	13 % internaç de alta complex para não resi	14 % acesso hospitalar dos óbitos por acidente	22 % parto normal	23 % óbitos menores de 15 anos em UTI	24 % óbitos nas internaç por infarto agudo do mi
AC	22	0	22	1	2	0	0	0	0	0	0	22	0	22	22
AL	102	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	102	0	102	102
AM	62	0	62	0	0	0	0	0	0	0	0	62	0	62	62
AP	16	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	16	16
BA	417	4	415	0	102	0	0	0	0	0	0	417	0	417	417
CE	184	0	184	2	10	0	1	0	0	0	0	184	0	184	184
DF	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
ES	78	0	77	0	11	0	1	0	0	0	0	78	0	78	78
GO	246	0	238	0	71	0	0	0	0	0	0	246	0	246	246
MA	217	3	194	0	39	1	0	0	0	0	0	217	0	217	217
MG	853	18	852	1	49	0	5	0	0	0	0	853	0	853	853
MSul	78	0	78	0	13	0	0	0	0	0	0	78	0	78	78
MT	141	0	135	0	15	0	0	0	0	0	0	141	0	141	141
PA	143	0	105	0	51	0	0	0	0	0	0	143	0	143	143
PB	223	0	222	0	14	0	0	0	0	0	0	223	0	223	223
PE	185	2	181	0	13	0	0	0	0	0	0	185	0	185	185
PI	225	0	224	0	51	0	0	0	0	0	0	224	0	224	224
PR	399	10	399	0	172	1	10	0	0	0	0	399	0	399	399
RJ	92	0	80	0	19	1	0	0	0	0	0	92	0	92	92
RN	167	0	167	0	15	0	0	0	0	0	0	167	0	167	167
RO	52	0	52	0	22	0	0	0	0	0	0	52	0	52	52
RR	15	0	15	0	3	0	0	0	0	0	0	15	0	15	15
RS	497	16	495	0	55	2	57	0	0	0	0	496	0	496	496
SC	293	25	287	0	14	1	5	0	0	0	0	293	0	293	293
SE	75	0	75	0	3	0	0	0	0	0	0	75	0	75	75
SP	645	43	640	33	116	43	8	0	0	0	0	645	0	645	645
TO	139	1	139	0	28	0	0	0	0	0	0	139	0	139	139
TOT	5567	122	5455	37	888	19	87	0	0	0	0	5565	0	5565	5565

Fontes: MS (2013a); MJ (2016b)

### Anexo AH - Número de municípios com unidades de custódia com suficiência em modalidades de média e alta complexidades, pelo IDSUS

UF	Numero de munic na UF	Totais de municípios na UF, com suficiência em modalidades de média e alta complexidades													
		4 Razão exames de mamografia a mulheres de 50 a 69 anos	5 Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos	6 Razão proced ambul de média complex	7 Razão internaç clínicocirúrg média complex	8 Razão procedim ambulat de alta complex	9 Razão internaç clínico-cirúrg alta complex	10 % proced ambulat média complex	12 % proced ambulat alta complex	11 % internaç de média complex para não res	13 % internaç de alta complex para não resi	14 % acesso hospitalar dos óbitos por acidente	22 % parto normal	23 % óbitos menores de 15 anos em UTI	24 % óbitos nas internaç por infarto agudo do mi
AC	6	0	6	1	1	0	0	0	0	0	0	6	0	6	6
AL	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3
AM	61	0	61	0	0	0	0	0	0	0	0	61	0	61	61
AP	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
BA	248	2	247	0	65	0	0	0	0	0	0	248	0	248	248
CE	159	0	159	2	10	0	1	0	0	0	0	159	0	159	159
DF	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
ES	14	0	14	0	0	0	1	0	0	0	0	14	0	14	14
GO	146	0	141	0	44	0	0	0	0	0	0	146	0	146	146
MA	132	3	117	0	23	1	0	0	0	0	0	132	0	132	132
MG	236	2	235	1	21	0	3	0	0	0	0	236	0	236	236
MSul	59	0	59	0	11	0	0	0	0	0	0	59	0	59	59
MT	61	0	59	0	6	0	0	0	0	0	0	61	0	61	61
PA	120	0	92	0	41	0	0	0	0	0	0	120	0	120	120
PB	65	0	65	0	6	0	0	0	0	0	0	65	0	65	65
PE	79	0	78	0	8	0	0	0	0	0	0	79	0	79	79
PI	9	0	9	0	5	0	0	0	0	0	0	9	0	9	9
PR	188	0	188	0	82	0	8	0	0	0	0	188	0	188	188
RJ	8	0	8	0	0	1	0	0	0	0	0	8	0	8	8
RN	143	0	143	0	15	0	0	0	0	0	0	143	0	143	143
RO	24	0	24	0	11	0	0	0	0	0	0	24	0	24	24
RR	11	0	11	0	3	0	0	0	0	0	0	11	0	11	11
RS	76	0	76	0	3	1	7	0	0	0	0	76	0	76	76
SC	39	1	39	0	0	1	2	0	0	0	0	39	0	39	39
SE	26	0	26	0	1	0	0	0	0	0	0	26	0	26	26
SP	169	2	168	2	20	4	2	0	0	0	0	169	0	169	169
TO	47	0	47	0	15	0	0	0	0	0	0	47	0	47	47
TOT	2132	3	730	2	150	7	19	0	0	0	0	731	0	731	731

Fontes: MS (2013a); MJ (2016b)

### Anexo AI – Projeção de universalização do acesso, com as alterações nos serviços

UF	PPL unidade	Num EASC I	Num EASC II	Num EASC III	Total incentivo se gestão estadual	Subsídio FNS (80%) se gestão estadual	Financiamento participativo estadual (20%) gestão estadual	Total índice compens gestão munic	Valor incentivo se gestão municipal	Subsídio FNS (80%) Se gestão municipal	Financiamento participativo estadual (20%) gestão municipal
AC	4.952	2	9	3	309.489,73	247.591,78	61.897,95	50.045,77	359.535,50	287.628,40	71.907,10
AL	6.254	1	4	6	338.423,86	270.739,09	67.684,77	28.137,01	366.560,87	293.248,69	73.312,17
AM	6.756	60	8	5	605.733,00	484.586,40	121.146,60	103.570,34	709.303,34	567.442,67	141.860,67
AP	2.663	4	3	2	159.304,87	127.443,90	31.860,97	18.117,16	177.422,03	141.937,62	35.484,41
BA	15.666	173	15	10	1.402.021,85	1.121.617,48	280.404,37	268.437,18	1.670.459,03	1.336.367,22	334.091,81
CE	22.538	141	15	16	1.533.081,61	1.226.465,29	306.616,32	401.056,46	1.934.138,07	1.547.310,46	386.827,61
DF	14.959	1	4	13	639.073,58	511.258,86	127.814,72	0,00	0,00	0,00	0,00
ES	19.297	5	14	19	1.104.519,84	883.615,87	220.903,97	186.550,98	1.291.070,82	1.032.856,66	258.214,16
GO	16.775	102	37	5	1.328.505,85	1.062.804,68	265.701,17	254.852,17	1.583.358,02	1.266.686,41	316.671,60
MA	7.862	103	22	2	915.738,72	732.590,98	183.147,74	160.951,96	1.076.690,68	861.352,54	215.338,14
MG	67.362	153	105	43	4.467.469,03	3.573.975,22	893.493,81	784.233,91	5.251.702,94	4.201.362,35	1.050.340,59
MSul	15.373	61	22	11	1.136.073,36	908.858,69	227.214,67	183.613,94	1.319.687,30	1.055.749,84	263.937,46
MT	11.088	38	18	6	753.534,46	602.827,57	150.706,89	127.343,12	880.877,58	704.702,06	176.175,52
PA	14.404	65	34	6	1.167.453,36	933.962,69	233.490,67	227.270,15	1.394.723,51	1.115.778,81	278.944,70
PB	11.005	60	19	4	773.891,19	619.112,95	154.778,24	135.474,10	909.365,29	727.492,23	181.873,06
PE	30.896	60	5	28	1.536.007,13	1.228.805,70	307.201,43	325.592,91	1.861.600,04	1.489.280,03	372.320,01
PI	3.968	5	10	1	254.653,96	203.723,17	50.930,79	40.513,50	295.167,46	236.133,97	59.033,49
PR	30.667	131	43	17	2.073.822,77	1.659.058,22	414.764,55	359.225,95	2.433.048,72	1.946.438,98	486.609,74
RJ	49.773	10	20	44	2.313.206,24	1.850.564,99	462.641,25	220.574,51	2.533.780,75	2.027.024,60	506.756,15
RN	8.120	48	15	4	649.634,59	519.707,67	129.926,92	119.944,15	769.578,74	615.662,99	153.915,75
RO	9.509	31	16	5	644.498,70	515.598,96	128.899,74	100.895,95	745.394,65	596.315,72	149.078,93
RR	2.103	4	4	1	135.546,56	108.437,25	27.109,31	15.701,62	151.248,18	120.998,55	30.249,64
RS	32.224	33	56	20	2.064.329,10	1.651.463,28	412.865,82	332.119,42	2.396.448,52	1.917.158,82	479.289,70
SC	17.933	9	28	13	1.131.333,18	905.066,54	226.266,64	175.481,57	1.306.814,75	1.045.451,80	261.362,95
SE	4.856	17	5	3	292.085,63	233.668,50	58.417,13	66.915,39	359.001,02	287.200,81	71.800,20
SP	229.767	107	73	199	10.371.484,99	8.297.187,99	2.074.297,00	1.983.388,71	12.354.873,70	9.883.898,96	2.470.974,74
TO	3.254	35	7	1	315.804,01	252.643,21	63.160,80	63.526,45	379.330,46	303.464,37	75.866,09
TOT	660.024	1.459	611	487	38.416.721,17	30.733.376,94	7.683.344,23	6.733.534,39	44.511.181,98	35.608.945,58	8.902.236,40

Fonte: MJ (2016b); Adaptado do anexo I, Portaria MS/GM nº 482/2014

Obs:

EASC I - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada I equivaleria à EABP-I - Equipe de Atenção Básica Prisional I (PNAISP)

EASC II - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada II equivaleria à EABP-II - Equipe de Atenção Básica Prisional I (PNAISP)

EASC III - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada III equivaleria à EABP-III - Equipe de Atenção Básica Prisional I (PNAISP)

## Anexo AJ - Quadro de equipes propostas para a política adequada

Área de Formação	Equipe de Atenção à Saúde em Sistemas de Custodiada I (EASC I) 1 a 100 custodiados		Equipe de Atenção à Saúde em Sistemas de Custodiada II (EASC II) 101 a 500 custodiados		Equipe de Atenção à Saúde em Sistemas de Custodiada III (EASC III) 501 a 1.200 custodiados	
	Num profiss	CH semana	Num profiss	CH semana	Num profiss	CH semana
Medicina	1	6	1	20	1	30
Enfermagem	1	6	1	20	1	30
Psicologia			1	20	1	30
Serviço Social			1	20	1	30
Nível Superior – Fisioterapia, Farmácia, Terapia Ocupacional			1	20	1	30
Odontologia	1	6	1	20	1	30
Tec/Aux Odontologia	1	6	1	20	1	30
Tec/Aux Enfermagem	1	6	1	20	1	30
Medicina – Psiquiatri					1	30
Nível superior – Fisioterapia, Farmácia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social					2	30
TOTAL	5		8		11	

Fonte: Adaptado do anexo I, Portaria MS/GM nº 482/2014

Obs:

EASC I - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada I equivaleria à EABP-I - Equipe de Atenção Básica Prisional I (PNAISP)

EASC II - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada II equivaleria à EABP-II - Equipe de Atenção Básica Prisional I (PNAISP)

EASC III - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada III equivaleria à EABP-III - Equipe de Atenção Básica Prisional I (PNAISP)

**Anexo AK – Número de custodiados e unidades de custódia, por faixas populacionais**

UF	Faixas de populações em unidades de custódia								
	0	1 - 100		101-500		501-1200		Acima 1200	
	Num unid	Num unid	PPL	Num unid	PPL	Num unid	PPL	Num unid	PPL
AC		2	76	8	2.026	2	1.465	1	1.385
AL		1	81	4	764	4	3.132	1	2.277
AM	1	60	1.303	8	1.833	5	3.620		
AP		4	68	2	496	1	743	1	1.356
BA	91	173	2.108	13	3.719	6	5.342	3	4.497
CE	10	140	5.050	15	2.481	8	7.064	4	7.943
DF		1	27	2	222	1	774	5	13.936
ES		4	169	14	4.191	18	13.647	1	1.290
GO	22	102	4.191	36	7.453	2	1.328	2	3.803
MA	47	103	1.990	22	4.636	2	1.236		
MG	13	151	7.600	104	20.959	24	18.809	11	19.994
MSul	18	59	1.612	22	4.384	6	3.568	3	5.809
MT	15	37	1.974	18	3.623	3	2.142	2	3.349
PA	46	65	724	34	9.450	6	4.230		
PB	1	59	2.199	18	4.513	2	1.642	2	2.651
PE	7	59	1.710	3	1.055	8	6.275	10	21.856
PI		5	152	10	2.860	1	956		
PR	48	131	5.223	40	9.334	14	11.595	3	4.515
RJ	4	9	300	13	3.807	11	8.097	19	37.569
RN	104	48	1.335	14	3.158	3	2.170	1	1.457
RO	1	31	1.670	16	3.761	5	4.078		
RR	9	4	166	3	570			1	1.367
RS	1	32	2.039	54	11.218	11	7.763	5	11.204
SC	5	8	659	28	6.056	12	9.985	1	1.233
SE	17	17	301	4	1.242	1	643	1	2.670
SP	15	100	2.377	30	6.319	29	26.808	104	194.263
TO	11	35	1.267	7	1.411	1	576		
TOT AL	486	1.440	46.371	542	121.541	186	147.688	181	344.424

Fonte: MJ (2016b)

### Anexo AL - Alterações à regra de aplicação dos índices de compensação

IDSUS	Proporção de PPL no município			
	até 1%		Entre 1,01% e 5%	Entre 5,01% e 10%
GH1	6%	7%	8%	10%
GH2	11 %	12%	13%	15%
GH3	16%	17%	18%	20%
GH4	21%	22%	23%	25%
GH5	26%	27%	28%	30%
GH6	31%	32%	33%	35%

Fonte: Adaptação à Portaria MS/GM nº 482/2014

## Anexo AM - Quadro de equipes da proposta de adequação dos serviços

<b>Sigla</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga Horária semanal</b>	<b>PPL mínimo</b>	<b>PPL máximo</b>	<b>Valor Incentivo Total</b>	<b>Valor Incentivo FNS</b>	<b>Valor Incentivo Estado/DF</b>
<b>EASC I</b>	Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada I	6	1	100	3.957,50	3.166,00	791,50
<b>EASC II</b>	Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada II	20	101	500	19.191,65	15.353,32	3.838,33
<b>EASC III</b>	Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada III	30	501	1.200	42.949,96	34.359,97	8.589,99

Fonte: Adaptação do Anexo I, da Portaria MS/GM nº 482/2014

Obs:

EASC I - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada I equivaleria à EABP-I - Equipe de Atenção Básica Prisional I (PNAISP)

EASC II - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada II equivaleria à EABP-II - Equipe de Atenção Básica Prisional I (PNAISP)

EASC III - Equipe de Atenção à Saúde da População Custodiada III equivaleria à EABP-III - Equipe de Atenção Básica Prisional I (PNAISP)

### Anexo AN - Projeção de universalização do acesso da política de cuidados

UF	Número de unidades de custódia por faixa de população prisional					Número unidades custódia	Num equipes necessárias			Custo mensal estimado incentivo + compensação Gestão Munic (<101 presos) e Gestão Estad (>100 presos)	
	0	1 – 100	101- 500	501- 1200	Acima 1200		EABP III	EABP II	EABP I	Sem Saúde Mental	Com Saúde Mental
AC		2	8	2	1	13	3	9	2	360.327,00	467.263,25
AL		1	4	4	1	10	6	4	1	366.758,74	410.407,54
AM	1	60	8	5		74	5	8	60	774.008,47	1.125.427,24
AP		4	2	1	1	8	2	3	4	179.598,66	225.598,43
BA	91	173	13	6	3	286	10	15	173	1.836.871,91	2.730.988,18
CE	10	140	15	8	4	177	16	15	141	2.081.990,27	2.868.754,80
DF		1	2	1	5	9	13	4	1	677.615,87	720.792,58
ES		4	14	18	1	37	19	14	5	1.292.732,97	1.470.349,49
GO	22	102	36	2	2	164	5	37	102	1.681.662,32	2.526.917,79
MA	47	103	22	2		174	2	22	103	1.169.494,06	1.833.705,70
MG	13	151	104	24	11	303	43	105	153	5.378.778,26	7.159.154,76
MSul	18	59	22	6	3	108	11	22	61	1.371.609,70	1.862.056,91
MT	15	37	18	3	2	75	6	18	38	913.566,53	1.269.951,54
PA	46	65	34	6		151	6	34	65	1.456.460,51	2.103.450,45
PB	1	59	18	2	2	82	4	19	60	969.321,42	1.435.031,48
PE	7	59	3	8	10	87	28	5	60	1.922.228,94	2.240.054,28
PI		5	10	1		16	1	10	5	298.016,86	427.971,88
PR	48	131	40	14	3	236	17	43	131	2.540.811,45	3.536.302,69
RJ	4	9	13	11	19	56	44	20	10	2.536.353,12	2.777.776,39
RN	104	48	14	3	1	170	4	15	48	815.367,02	1.181.448,64
RO	1	31	16	5		53	5	16	31	769.297,95	1.066.955,81
RR	9	4	3		1	17	1	4	4	153.622,68	210.385,95
RS	1	32	54	11	5	103	20	56	33	2.417.383,70	3.157.562,72
SC	5	8	28	12	1	54	13	28	9	1.310.970,13	1.649.774,68
SE	17	17	4	1	1	40	3	5	17	372.535,67	497.826,54
SP	15	100	30	29	104	278	199	73	107	12.415.265,15	13.610.928,92
TO	11	35	7	1	0	54	1	7	35	414.987,54	642.928,20
TOT	215	1.440	542	54	112	2.835	487	611	1.459	46.477.636,87	59.209.766,85

Fonte: MJ (2016b)





UF	NOME	IDSUS	POP 2015	PPL total munic	% PPL população munic	Nome da unidade de custódia	PPL unid	Equipe PNSSP	EABP I	EABP I com SM	EABP II	EABP II com SM	EABP III	TOT PNAISP /PNSSP	Valor PNAISP/ PNSSP
	Carvalho					ALVARO DE CARVALHO									
SP	Potim	GH6	22.453	3.837	17,09	PENITENCIÁRIA - II DE POTIM	2.013								
SP	Tremembé	GH5	44.912	6.867	15,29	PENITENCIÁRIA I -DR TARCIZO LEONCE PINHEIRO CINTRA DE TREMEMBÉ	2.007								
MG	Ribeirão das Neves	GH4	322.659	8.086	2,51	COMPLEXO PENITENCIÁRIO PÚBLICO PRIVADO	2.001	6	3					0	
SP	Itirapina	GH5	17.160	2.910	16,96	PENITENCIÁRIA II DE ITIRAPINA	1.987								
RJ	Rio de Janeiro	GH1	6.476.631	32.646	0,50	PENITENCIÁRIA MONIZ SODRÉ	1.978	1						0	
SP	Bauru	GH2	366.992	5.924	1,61	CENTRO DE PROGRESSÃO PENITENCIÁRIA II - DR. EDUARDO DE OLIVEIRA VIANNA - BAURU	1.959								
SP	Capela do Alto	GH5	19.482	3.883	19,93	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE CAPELA DO ALTO	1.954								
SP	Bauru	GH2	366.992	5.924	1,61	CENTRO DE PROGRESSÃO PENITENCIÁRIA I - DR. ALBERTO BROCHIERI - BAURU	1.939								
SP	Franco da Rocha	GH3	145.755	10.626	7,29	PENITENCIÁRIA II - NILTON SILVA - DE FRANCO DA ROCHA	1.939								
SP	Capela do Alto	GH5	19.482	3.883	19,93	PENITENCIÁRIA MASCULINA DE CAPELA DO ALTO	1.929								
SP	Serra Azul	GH5	13.216	4.661	35,27	PENITENCIÁRIA COMPACTA - I DE SERRA AZUL	1.907								
SP	Jundiaí	GH2	401.896	1.887	0,47	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE JUNDIAÍ	1.887								
SP	Balbinos	GH6	4.819	3.732	77,44	PENITENCIÁRIA I - RODRIGO DOS SANTOS FREITAS - BALBINOS	1.874		1					0	
SP	Hortolândia	GH3	215.819	4.300	1,99	PENITENCIÁRIA II - ODETE LEITE DE CAMPOS CRITTER DE HORTOLÂNDIA	1.870								
SP	Lavínia	GH5	10.590	4.746	44,82	PENITENCIÁRIA III - PAULO GUIMARAES - LAVÍNIA	1.870								
PE	Caruaru	GH2	347.088	1.865	0,54	PENITENCIÁRIA JUIZ PLÁCIDO DE SOUZA	1.865								
SP	Flórida Paulista	GH5	14.000	1.860	13,29	PENITENCIÁRIA DE FLÓRIDA PAULISTA	1.860								
SP	Balbinos	GH6	4.819	3.732	77,44	PENITENCIÁRIA II - GILMAR MONTEIRO DE SOUZA - DE BALBINOS	1.858		1					0	





UF	NOME	IDSUS	POP 2015	PPL total munic	% PPL população munic	Nome da unidade de custódia	PPL unid	Equipe PNSSP	EABP I	EABP I com SM	EABP II	EABP II com SMI	EABP III	TOT PNAISP /PNSSP	Valor PNAISP/ PNSSP
SP	Cerqueira César	GH3	19.109	3.037	15,89	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE CERQUEIRA CESAR	1.415								
SP	Dracena	GH3	45.847	1.388	3,03	PENITENCIÁRIA "ADRIANO APARECIDO DE PIERI" DE DRACENA	1.385								
RJ	Rio de Janeiro	GH1	6.476.631	32.646	0,50	CADEIA PÚBLICA PEDRO MELO DA SILVA	1.380								
SP	Avaré	GH3	88.385	2.128	2,41	PENITENCIÁRIA II - NELSON MARCONDES DO AMARAL - AVARÉ	1.351								
PE	Petrolina	GH4	331.951	1.387	0,42	PENITENCIÁRIA DR. EDVALDO GOMES	1.329								
PR	Londrina	GH1	548.249	3.139	0,57	PENITENCIÁRIA ESTADUAL DE LONDRINA	1.328								
SP	Lavínia	GH5	10.590	4.746	44,82	PENITENCIÁRIA I - VEREADOR FREDERICO GEOMETTI - LAVÍNIA	1.328								
BA	Itabuna	GH2	219.680	1.306	0,59	CONJUNTO PENAL DE ITABUNA	1.306								
MSul	Campo Grande	GH1	853.622	5.939	0,70	INSTITUTO PENAL DE CAMPO GRANDE	1.291								
RJ	São Gonçalo	GH2	1.038.081	2.743	0,26	CADEIA PÚBLICA ISAP TIAGO TELES DE CASTRO DOMINGUES	1.271								
SP	São José dos Campos	GH2	688.597	1.375	0,20	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	1.232								
SP	Riolândia	GH5	11.766	2.988	25,40	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA ASP VALDECIR FABIANO - DE RIOLANDIA	1.219								
MG	Betim	GH2	417.307	1.218	0,29	CENTRO DE REMANEJAMENTO DO SISTEMA PRISIONAL / BETIM	1.218								
SP	Franca	GH2	342.112	1.328	0,39	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE FRANCA	1.200								
SP	Tremembé	GH5	44.912	6.867	15,29	PENITENCIÁRIA FEMININA II DE TREMEMBÉ	1.185								
SP	Bauru	GH2	366.992	5.924	1,61	CENTRO DE PROGRESSÃO PENITENCIÁRIA - PROF. NOÉ AZEVEDO - DE BAURU	1.182								
BA	Salvador	GH1	2.921.087	4.624	0,16	CADEIA PÚBLICA DE SALVADOR	1.180								
SP	Mogi Guaçu	GH3	147.233	1.173	0,80	PENITENCIÁRIA FEMININA DE MOGI GUAÇU	1.173								
SP	Tupi Paulista	GH3	15.153	2.938	19,39	PENITENCIÁRIA FEMININA DE TUPI PAULISTA	1.172								
MG	Governador Valadares	GH2	278.363	1.743	0,63	PENITENCIÁRIA FRANCISCO FLORIANO DE PAULA	1.168								
SC	Itajaí	GH2	205.271	2.553	1,24	PENITENCIÁRIA COMPLEXO PENITENCIÁRIO DO VALE DO ITAJAÍ	1.159						1	0	

UF	NOME	IDSUS	POP 2015	PPL total munic	% PPL população munic	Nome da unidade de custódia	PPL unid	Equipe PNSSP	EABP I	EABP I com SM	EABP II	EABP II com SMI	EABP III	TOT PNAISP /PNSSP	Valor PNAISP/ PNSSP
RO	Porto Velho	GH2	502.748	5.080	1,01	CASA DE PRISÃO ALBERGUE MASCULINO	1.153								
PR	Piraquara	GH4	104.481	6.820	6,53	COLÔNIA PENAL AGRÍCOLA DO PARANÁ	1.150								
SP	São Vicente	GH3	355.542	5.001	1,41	PENITENCIÁRIA II DE SÃO VICENTE	1.140								
SP	São Paulo	GH1	11.967.825	19.692	0,16	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA IV DE PINHEIROS	1.130								
SC	Itajaí	GH2	205.271	2.553	1,24	PRESÍDIO COMPLEXO PENITENCIÁRIO DO VALE DO ITAJAÍ	1.117						1	0	
MG	Patrocínio	GH3	88.648	1.174	1,32	PENITENCIÁRIA DEPUTADO EXPEDITO DE FARIA TAVARES DE PATROCÍNIO	1.111								
PR	Piraquara	GH4	104.481	6.820	6,53	PENITENCIÁRIA ESTADUAL DE PIRAQUARA 2 (PEP 2)	1.108								
SP	Taiúva	GH5	5.605	1.107	19,75	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE TAIUVA	1.107								
AM	Manaus	GH1	2.057.711	4.631	0,23	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIO DE MANAUS - Capital	1.077								
SP	Serra Azul	GH5	13.216	4.661	35,27	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE SERRA AZUL	1.051								
MG	Ponte Nova	GH3	60.005	1.046	1,74	PRESÍDIO DE PONTE NOVA	1.046								
RN	Nísia Floresta	GH6	26.606	1.414	5,31	PENITENCIÁRIA ESTADUAL DE ALCAÇUZ - FRANCISCO FERNANDES NOGUEIRA	1.040					1	1	0	
SP	Mairinque	GH5	46.015	1.028	2,23	PENITENCIÁRIA MASCULINA DE MAIRINQUE	1.028								
RJ	Rio de Janeiro	GH1	6.476.631	32.646	0,50	PRESÍDIO ELIZABETH SÁ REGO	1.016								
PR	São José dos Pinhais	GH3	297.895	1.095	0,37	CASA DE CUSTÓDIA DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (CCJP)	1.014								
SP	Sorocaba	GH1	644.919	4.748	0,74	PENITENCIÁRIA I - DR DANILO PINHEIRO DESOROCABA ANEXO PENITENCIÁRIO	1.001								

Fonte: MJ (2016b)

**Anexo AP – Quadro de unidades prisionais com população custodiada com referenciamento por equipes PNAISP habilitadas e destinatárias de subsídios do FNS, em março/2016**

UF	NOME	IDSUS	POP 2015	PPL total munic	PPL provisório munic	% PPL em relação à população munic	Nome da unidade de custódia	PPL unid	EABP I	EABP I com SM	EABP II	EABP II com SMI	EABP III	TOT Equipes PNAISP	Valor incentivo PNAISP/PNS SP
TO	Palmas	GH2	272.726	722	380	0,26	UNIDADE DO REGIME SEMIABERTO FEMININO	0			1			1	21.302,73
MSul	Camapuã	GH5	13.731	12	9	0,09	DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CAMAPUÃ	3		1				1	10.252,90
TO	Pedro Afonso	GH3	12.900	8	6	0,06	CADEIA PÚBLICA DE PEDRO AFONSO	8	1					1	5.184,33
MSul	Brasilândia	GH5	11.903	9	9	0,08	CADEIA PÚBLICA DE BRASILÂNDIA	9		1				1	10.252,90
MSul	Camapuã	GH5	13.731	12	9	0,09	CADEIA PÚBLICA DA COMARCA DE CAMAPUÃ	9	1					1	5.975,83
MSul	Jardim	GH5	25.473	237	92	0,93	DELEGACIA DO 1º DISTRITO POLICIAL DE JARDIM	9	1					1	5.975,83
MSul	Anastácio	GH5	24.748	14	5	0,06	DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ANASTÁCIO	14		1				1	10.252,90
MSul	Costa Rica	GH5	19.508	16	14	0,08	DELEGACIA DE POLÍCIA DE COSTA RICA	16	1					1	5.975,83
MSul	Bela Vista	GH6	24.113	17	14	0,07	DELEGACIA DE POLICIA DE BELA VISTA	17	1					1	6.371,58
MSul	São Gabriel do Oeste	GH3	24.982	95	25	0,38	ESTABELECIMENTO PENAL DE R.S.A.A.A. DE SÃO GABRIEL DO OESTE	22	1					1	5.184,33
TO	Araguatins	GH6	34.392	23	15	0,07	CADEIA PÚBLICA DE ARAGUATINS	23	1					1	6.371,58
MSul	Chapadão do Sul	GH5	22.620	23	23	0,10	CADEIA PÚBLICA DE CHAPADÃO DO SUL	23	1					1	5.975,83
MA	Itapecuru Mirim	GH4	66.433	127	109	0,19	2º REGIONAL DE ITAPECURU MIRIM - DEM - ITAPECURU MIRIM	23	1					1	5.580,08
MSul	Ponta Porã	GH4	86.717	677	315	0,78	ESTABELECIMENTO PENAL FEMININO SEMI ABERTO E ABERTO DE PONTA PORA	24			1			1	3.780,00
MSul	Cassilândia	GH5	21.622	176	35	0,81	ESTAB. PENAL DE R.S.A.A.A DE CASSILÂNDIA	25				1		1	43.236,30
MSul	Mundo Novo	GH4	17.884	27	22	0,15	CADEIA PÚBLICA DE MUNDO NOVO	27	1					1	5.580,08
TO	Babaçulândia	GH6	10.736	29	15	0,27	DELEGACIA DE POLICIA DE BABAÇULÂNDIA	29	1					1	6.371,58
MA	Itapecuru Mirim	GH4	66.433	127	109	0,19	2º REGIONAL DE ITAPECURU MIRIM - 2ª DISTRITO POLICIAL DE ITAPECURU-MIRIM	29	1					1	5.580,08
TO	Miranorte	GH6	13.298	32	11	0,24	CADEIA PÚBLICA DE MIRANORTE	32	1					1	6.371,58
MA	Vargem Grande	GH4	54.845	32	27	0,06	2ª DELEGACIA REGIONAL DE ITAPECURU-MIRIM - DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE VARGEM GRANDE	32	1					1	5.580,08
TO	Lajeado	GH6	3.026	33	20	1,09	CADEIA PÚBLICA DE LAJEADO	33	1					1	6.371,58
MSul	Jardim	GH5	25.473	237	92	0,93	ESTABELECIMENTO PENAL DE REGIME SEMI ABERTO	36	1					1	5.975,83
RS	Cacequi	GH5	13.685	41	12	0,30	PRESÍDIO ESTADUAL DE CACEQUI	41	1					1	5.975,83
TO	Araguacema	GH6	6.863	43	5	0,63	CADEIA PÚBLICA	43	1					1	6.371,58

UF	NOME	IDSUS	POP 2015	PPL total munic	PPL provisório munic	% PPL em relação à população munic	Nome da unidade de custódia	PPL unid	EABP I	EABP I com SM	EABP II	EABP II com SMI	EABP III	TOT Equipes PNAISP	Valor incentivo PNAISP/PNS SP
RS	Santo Cristo	GH5	14.757	44	3	0,30	PRESÍDIO ESTADUAL DE SANTO CRISTO	44	1					1	5.975,83
RO	Rolim de Moura	GH3	56.242	357	54	0,63	CASA DE DETENÇÃO DE ROLIM DE MOURA	48	1					1	1.890,00
RS	São Vicente do Sul	GH5	8.787	51	14	0,58	PRESÍDIO ESTADUAL DE SÃO VICENTE DO SUL	51	1					1	5.975,83
MSul	Ivinhema	GH5	22.928	55	52	0,24	CADEIA PÚBLICA DE IVINHEMA	55	1					1	5.975,83
RO	Rolim de Moura	GH3	56.242	357	54	0,63	CASA DE PRISÃO SEMI-ABERTO DE ROLIM DE MOURA	68	1					1	1.890,00
MSul	São Gabriel do Oeste	GH3	24.982	95	25	0,38	ESTABELECIMENTO PENAL FEMININO DE SÃO GABRIEL DO OESTE	73		1				1	8.894,90
RS	Santa Vitória do Palmar	GH3	31.436	74	30	0,24	PRESÍDIO ESTADUAL DE SANTA VITÓRIA DO PALMAR	74		1				1	1.890,00
MA	Itapecuru Mirim	GH4	66.433	127	109	0,19	2º REGIONAL DE ITAPECURU MIRIM - 1º DISTRITO POLICIAL DE ITAPECURU MIRIM	75	1					1	5.580,08
GO	Itaberaí	GH5	39.629	79	45	0,20	CADEIA PÚBLICA DE ITABERAÍ	79	1					1	3.780,00
RS	Iraí	GH5	8.020	84	13	1,05	PRESÍDIO ESTADUAL DE IRAÍ	84	1					1	5.975,83
TO	Colinas do Tocantins	GH4	33.981	87	65	0,26	CADEIA PÚBLICA DE COLINAS	87	1					1	5.580,00
TO	Augustinópolis	GH4	17.627	89	66	0,50	CADEIA PÚBLICA DE AUGUSTINÓPOLIS	89	1					1	5.580,08
SC	Imbituba	GH3	43.168	91	49	0,21	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE IMBITUBA	91	1					1	5.184,33
TO	Palmas	GH2	272.726	722	380	0,26	UNIDADE DO REGIME SEMIABERTO MASCULINO	93			1			1	21.302,73
TO	Porto Nacional	GH4	52.182	95	51	0,18	CASA DE PRISÃO PROVISÓRIA DE PORTO NACIONAL	95	1					1	5.580,08
MSul	Rio Brilhante	GH3	34.776	282	144	0,81	ESTABELECIMENTO PENAL FEMININO DE RIO BRILHANTE	96		1				1	8.894,90
MSul	Nova Andradina	GH3	50.893	98	73	0,19	CADEIA PUBLICA DE NOVA ANDRADINA	98	1					1	5.184,33
TO	Miracema do Tocantins	GH3	19.634	101	31	0,51	CADEIA PÚBLICA DE MIRACEMA	101	1					1	5.184,33
GO	Padre Bernardo	GH5	31.129	101	61	0,32	CADEIA PÚBLICA DE PADRE BERNARDO	101		1				1	1.890,00
MSul	Coxim	GH3	33.139	111	55	0,33	ESTABELECIMENTO PENAL MASCULINO DE COXIM	103			1			1	25.141,06
SC	Biguaçu	GH5	64.488	108	42	0,17	PRESIDIO MASCULINO DE BIGUAÇU	108		1				1	10.252,90
SC	Barra Velha	GH5	26.374	108	59	0,41	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE BARRA VELHA	108	1					1	5.975,83
CE	Itaitinga	GH6	38.540	8.510	5.209	22,08	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO GOVERNADOR STÊNIO GOMES	108				1		1	3.780,00
AC	Rio Branco	GH2	370.550	3.086	1.033	0,83	UNIDADE DE REGIME FECHADO Nº 2 DE RIO BRANCO	113			2		1	3	90.279,92
MSul	Ponta Porã	GH4	86.717	677	315	0,78	ESTABELECIMENTO PENAL MASCULINO SEMIABERTO, ABERTO E ASSISTÊNCIA AO ALBERGADO DE PONTA PORÃ	115			1			1	3.780,00
AM	Parintins	GH4	111.575	124	72	0,11	UNIDADE PRISIONAL DE PARINTINS	124	1					1	5.580,08
MA	São Luís	GH1	1.073.893	3.620	2.072	0,34	PENITENCIÁRIA SÃO LUIS III	125			1			1	20.343,15
RS	Guaporé	GH3	24.509	138	54	0,56	PRESÍDIO ESTADUAL DE GUAPORÉ	138			1			1	25.141,06
MSul	Ponta Porã	GH4	86.717	677	315	0,78	ESTABELECIMENTO PENAL FEMININO DE REG. FECHADO	146			1			1	3.780,00

UF	NOME	IDSUS	POP 2015	PPL total munic	PPL provisório munic	% PPL em relação à população munic	Nome da unidade de custódia	PPL unid	EABP I	EABP I com SM	EABP II	EABP II com SMI	EABP III	TOT Equipes PNAISP	Valor incentivo PNAISP/PNS SP
							DE PONTA PORÃ								
MSul	Cassilândia	GH5	21.622	176	35	0,81	ESTAB. PENAL DE CASSILÂNDIA	149				1		1	43.236,30
AM	Tefé	GH4	62.444	149	22	0,24	UNIDADE PRISIONAL DE TEFÉ	149	1					1	5.580,08
RS	São Gabriel	GH3	62.785	163	46	0,26	PRESÍDIO ESTADUAL DE SÃO GABRIEL	163			1			1	25.141,06
AM	Itacoatiara	GH4	97.122	175	126	0,18	UNIDADE PRISIONAL DE ITACOATIARA	175			2			1	27.060,23
PA	Santa Isabel do Pará	GH4	66.490	3.406	280	5,12	HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO	176				1		1	35.218,97
MSul	Rio Brilhante	GH3	34.776	282	144	0,81	ESTABELECIMENTO PENAL MASCULINO DE RIO BRILHANTE	186	1					1	5.184,33
MA	São Luís	GH1	1.073.893	3.620	2.072	0,34	PENITENCIÁRIA SÃO LUÍS	188			1			1	20.343,15
MSul	Jardim	GH5	25.473	237	92	0,93	ESTABELECIMENTO PENAL MAXIMO ROMERO	192			1			1	3.780,00
AC	Rio Branco	GH2	370.550	3.086	1.033	0,83	UNIDADE DE REGIME FECHADO FEMININO DE RIO BRANCO	193			2		1	3	90.279,92
RO	Rolim de Moura	GH3	56.242	357	54	0,63	PENITENCIÁRIA REGIONAL DE ROLIM DE MOURA	194			1			1	3.780,00
MSul	Amambai	GH4	37.590	257	152	0,68	ESTAB. PENAL DE AMAMBAI	219			1			1	1.890,00
RS	Porto Alegre	GH1	1.476.867	5.614	3.166	0,38	PENITENCIÁRIA FEMININA MADRE PELLETIER	233			1			1	21.302,73
AM	Tabatinga	GH4	61.028	238	136	0,39	UNIDADE PRISIONAL DE TABATINGA	238			1			1	27.060,23
RS	Três Passos	GH3	24.647	242	95	0,98	PRESÍDIO ESTADUAL DE TRÊS PASSOS	242				1		1	3.780,00
MA	São Luís	GH1	1.073.893	3.620	2.072	0,34	PENITENCIÁRIA FEMININA DE PEDRINHAS	251			1			1	20.343,15
SP	Taubaté	GH2	302.331	1.957	845	0,65	HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DR ARNALDO AMADO FERREIRA E CENTRO DE READAPTAÇÃO PENITENCIARIA DE TAUBATÉ	254			1			1	3.780,00
RS	Charqueadas	GH5	38.281	5.131	1.959	13,40	PENITENCIÁRIA DE ALTA SEGURANÇA DE CHARQUEADAS	282			1			1	30.706,64
MA	São Luís	GH1	1.073.893	3.620	2.072	0,34	PENITENCIÁRIA DE PEDRINHAS	287				1		1	30.351,31
RS	Santa Cruz do Sul	GH2	126.084	329	148	0,26	PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL	304					1	1	53.257,95
PA	Santa Isabel do Pará	GH4	66.490	3.406	280	5,12	CENTRAL DE TRIAGEM METROPOLITANA I	310			1			1	23.605,73
MSul	Paranaíba	GH3	41.495	418	118	1,01	ESTAB. PENAL DE PARANAÍBA	313				1		1	3.780,00
PE	Buíque	GH4	56.523	348	240	0,62	COLÔNIA PENAL FEMININA DE BUIQUE	348			1			1	23.413,81
AC	Tarauacá	GH4	38.819	356	185	0,92	UNIDADE PENITENCIÁRIA MOACIR PRADO	356			1			1	27.060,23
MG	Patos de Minas	GH3	148.762	361	0	0,24	PRESÍDIO SEBASTIÃO SATIRO	361			1			1	3.780,00
MSul	Campo Grande	GH1	853.622	5.939	10	0,70	ESTAB. PENAL FEMININO IRMÃ IRMA ZORZI	364				1		1	31.782,97
MSul	Ponta Porã	GH4	86.717	677	315	0,78	ESTAB. PENAL MASCULINO DE PONTA PORÃ RICARDO BRANDÃO - REGIME FECHADO	371			1			1	3.780,00
GO	Itumbiara	GH3	100.548	389	219	0,39	CADEIA PÚBLICA DE ITUMBIARA	389				1		1	3.780,00

UF	NOME	IDSUS	POP 2015	PPL total munic	PPL provisório munic	% PPL em relação à população munic	Nome da unidade de custódia	PPL unid	EABP I	EABP I com SM	EABP II	EABP II com SMI	EABP III	TOT Equipes PNAISP	Valor incentivo PNAISP/PNS SP
MG	Araguari	GH3	116.267	389	286	0,33	PRESÍDIO DE ARAGUARI	389	1					1	1.890,00
TO	Cariri do Tocantins	GH5	4.178	391	19	9,36	CENTRO DE REEDUCAÇÃO SOCIAL LUZ DO AMANHÃ	391			1			1	29.938,97
RS	Santa Rosa	GH3	72.240	408	136	0,56	PRESÍDIO ESTADUAL DE SANTA ROSA	408			1			1	25.141,06
RS	Venâncio Aires	GH3	69.859	436	176	0,62	PENITENCIÁRIA ESTADUAL DE VENÂNCIO AIRES	436					1	1	56.264,45
MA	São Luís	GH1	1.073.893	3.620	2.072	0,34	PENITENCIÁRIA SÃO LUÍS II	445			1			1	20.343,15
BA	Valença	GH4	97.305	476	303	0,49	CONJUNTO PENAL DE VALENÇA	476		1				1	1.890,00
RS	Erechim	GH2	102.345	483	152	0,47	PRESÍDIO ESTADUAL DE ERECHIM	483			1			1	23.221,90
PE	Ilha de Itamaracá	GH6	24.888	4.869	294	19,56	HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO -PE	494					1	1	57.982,45
PA	Santa Isabel do Pará	GH4	66.490	3.406	280	5,12	CENTRO DE RECUPERAÇÃO DE AMERICANO III	522			1			1	23.605,73
SP	Franco da Rocha	GH3	145.755	10.626	2.118	7,29	HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO - I - PROF ANDRÉ TEIXEIRA LIMA - DE FRANCO DA ROCHA	525				1		1	3.780,00
MSul	Dois Irmãos do Buriti	GH6	10.965	540	200	4,92	PENITENCIÁRIA DE DOIS IRMÃOS DO BURITI	540				1		1	46.958,63
MSul	Naviraí	GH3	51.535	650	173	1,26	PENITENCIÁRIA DE SEGURANÇA MÁXIMA DE NAVIRAI	548			1			1	3.780,00
AM	Manaus	GH1	2.057.711	4.631	3.020	0,23	COMPLEXO PENITENCIARIO ANISIO JOBIM - REGIME FECHADO	585	1	1				1	4.392,83
AL	Maceió	GH1	1.013.773	5.272	1.582	0,52	CASA DE DETENÇÃO DE MACEIO	598				1		1	3.780,00
RN	Parnamirim	GH3	242.384	944	261	0,39	PENITENCIARIA ESTADUAL DE PARNAMIMIM	600			1			1	3.780,00
RS	Ijuí	GH2	82.833	731	147	0,88	PENITENCIÁRIA MODULADA ESTADUAL DE IJUÍ	612			1			1	23.221,90
PE	Vitória de Santo Antão	GH4	135.805	651	511	0,48	PRESÍDIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	651			1			1	23.221,90
PA	Santa Isabel do Pará	GH4	66.490	3.406	280	5,12	CENTRO DE RECUPERAÇÃO DE AMERICANO II	656			1			1	23.605,73
RS	Charqueadas	GH5	38.281	5.131	1.959	13,40	PENITENCIÁRIA ESTADUAL DE CHARQUEADAS	672				1		1	45.813,30
PE	Recife	GH1	1.617.183	7.627	4.251	0,47	COLÔNIA PENAL FEMININA DO RECIFE	689					1	1	45.526,96
SP	São Paulo	GH1	11.967.825	19.692	11.643	0,16	PENITENCIÁRIA FEMININA DA CAPITAL	700					1	1	3.780,00
CE	Aquiraz	GH4	77.717	892	706	1,15	INSTITUTO PENAL FEMININO DESEMBARGADORA AURÍ MOURA COSTA	752	1					1	3.780,00
BA	Teixeira de Freitas	GH4	157.804	785	517	0,50	CONJUNTO PENAL DE TEIXEIRA DE FREITAS	785					1	1	3.780,00
PA	Santa Isabel do Pará	GH4	66.490	3.406	280	5,12	COLÔNIA AGRÍCOLA HELENO FRAGOSO	795			1			1	23.605,73
PR	Cruzeiro do Oeste	GH5	21.190	1.473	90	6,95	PENITENCIÁRIA ESTADUAL DE CRUZEIRO DO OESTE	816					1	1	66.142,94
PA	Santa Isabel do Pará	GH4	66.490	3.406	280	5,12	CENTRO DE RECUPERAÇÃO DE AMERICANO I	839			1			1	23.605,73
SP	Presidente Venceslau	GH3	39.407	1.793	766	4,55	PENITENCIÁRIA II "MAURÍCIO HENRIQUE GUIMARÃES PEREIRA" DE PRESIDENTE VENCESLAU	841			1			1	3.780,00
CE	Juazeiro do Norte	GH4	266.022	1.020	548	0,38	PENITENCIÁRIO INDUSTRIAL REGIONAL DO CARIRI	848			1			1	3.780,00

UF	NOME	IDSUS	POP 2015	PPL total munic	PPL provisório munic	% PPL em relação à população munic	Nome da unidade de custódia	PPL unid	EABP I	EABP I com SM	EABP II	EABP II com SMI	EABP III	TOT Equipes PNAISP	Valor incentivo PNAISP/PNS SP
SC	Blumenau	GH2	338.876	998	272	0,29	PRESÍDIO REGIONAL DE BLUMENAU	909					1	1	51.969,45
SP	Presidente Venceslau	GH3	39.407	1.793	766	4,55	PENITENCIÁRIA I "ZWINGLIO FERREIRA" DE PRESIDENTE VENCESLAU	934			1			1	3.780,00
PE	Arcoverde	GH4	72.625	962	650	1,32	PRESÍDIO ADVOGADO BRITO ALVES	962					1	1	52.398,95
PE	Pesqueira	GH4	66.153	992	439	1,50	PRESÍDIO DESEMBARGADOR AUGUSTO DUQUE	992					1	1	52.398,95
CE	Caucaia	GH4	353.932	1.092	509	0,31	CASA DE PRIVAÇÃO PROVISÓRIA LIBERDADE DES. FCO ADALBERTO OLIVEIRA BARROS LEAL	1.032			2			1	3.780,00
RS	Rio Grande	GH2	207.860	1.054	288	0,51	PRESÍDIO ESTADUAL DE RIO GRANDE	1.054					1	1	51.969,45
SC	Chapecó	GH2	205.795	1.668	200	0,81	PENITENCIÁRIA AGRÍCOLA DE CHAPECÓ	1.074					1	1	51.969,45
PE	Canhotinho	GH6	24.837	1.100	0	4,43	CENTRO DE RESSOCIALIZAÇÃO DO AGRESTE	1.100					1	1	56.693,95
CE	Itaitinga	GH6	38.540	8.510	5.209	22,08	INSTITUTO PRESÍDIO PROFESSOR OLAVO OLIVEIRA II	1.100			1			1	3.780,00
CE	Itaitinga	GH6	38.540	8.510	5.209	22,08	CASA DE PRIVAÇÃO PROVISÓRIA DE LIBERDADE AGENTE LUCIANO ANDRADE LIMA	1.155					1	1	3.780,00
SC	São Pedro de Alcântara	GH5	5.373	1.233	0	22,95	PENITENCIÁRIA DE SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA	1.233					1	1	3.780,00
RS	Montenegro	GH3	63.216	1.383	941	2,19	PENITENCIÁRIA MODULADA ESTADUAL DE MONTENEGRO	1.298			2			2	51.433,62
SP	Caiuá	GH5	5.560	1.312	1.303	23,60	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE CAIUÁ	1.312			1			1	3.780,00
AC	Rio Branco	GH2	370.550	3.086	1.033	0,83	UNIDADE DE REGIME FECHADO Nº 01 DE RIO BRANCO	1.385			2		1	3	90.279,92
PE	Limoeiro	GH4	56.269	1.398	441	2,48	PENITENCIÁRIA DR. ÊNIO PESSOA GUERRA	1.398					1	1	52.398,95
RS	Osório	GH3	43.897	1.427	850	3,25	PENITENCIÁRIA MODULADA ESTADUAL DE OSÓRIO	1.427			1			1	3.780,00
RS	Charqueadas	GH5	38.281	5.131	1.959	13,40	PENITENCIÁRIA MODULADA ESTADUAL DE CHARQUEADAS	1.452			1		1	2	99.426,58
MG	Uberaba	GH2	322.126	1.531	1.241	0,48	PENITENCIÁRIA PROFESSOR ALÚZIO IGNÁCIO DE OLIVEIRA	1.531			1			1	3.780,00
DF	Brasília	GH1	2.914.830	14.959	3.447	0,51	CENTRO DE PROGRESSÃO PENITENCIÁRIA	1.542			1			1	3.780,00
SP	São Vicente	GH3	355.542	5.001	2.006	1,41	PENITENCIÁRIA I - DR GERALDO DE ANDRADE VIEIRA E ANEXO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA - SÃO VICENTE	1.574			1			1	1.890,00
SP	Marabá Paulista	GH6	5.435	1.579	11	29,05	PENITENCIÁRIA DE MARABA PAULISTA	1.579			1			1	3.780,00
SP	Pacaembu	GH5	13.961	2.820	11	20,20	PENITENCIÁRIA OZIAS LUCIO DOS SANTOS - PACAEMBU	1.650			1			1	3.780,00
SP	Tupi Paulista	GH3	15.153	2.938	379	19,39	PENITENCÁRIA COMPACTA DE TUPI PAULISTA	1.766			2			2	7.560,00
CE	Itaitinga	GH6	38.540	8.510	5.209	22,08	CASA DE PRIVAÇÃO PROVISÓRIA DE LIBERDADE PROFESSOR CLODOALDO PINTO	1.780					1	1	3.780,00
SP	Santo André	GH2	710.210	1.826	1.454	0,26	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE SANTO ANDRÉ	1.797					1	1	3.780,00
CE	Itaitinga	GH6	38.540	8.510	5.209	22,08	CASA DE PRIVAÇÃO PROVISÓRIA DE LIBERDADE PROFESSOR JOSÉ JUCÁ NETO	1.841			1			1	3.780,00
PE	Recife	GH1	1.617.183	7.627	4.251	0,47	COMP. PRIS. PROF. ANIBAL BRUNO- PRESÍDIO FREI DAMIAO DE BOZANO	1.856					1	1	45.526,96

UF	NOME	IDSUS	POP 2015	PPL total munic	PPL provisório munic	% PPL em relação à população munic	Nome da unidade de custódia	PPL unid	EABP I	EABP I com SM	EABP II	EABP II com SMI	EABP III	TOT Equipes PNAISP	Valor incentivo PNAISP/PNS SP
CE	Itaitinga	GH6	38.540	8.510	5.209	22,08	CASA DE PRIVAÇÃO PROVISÓRIA DE LIBERDADE AGENTE PENITENCIÁRIO ELIAS ALVES DA SILVA	1.878			1			1	3.780,00
SP	Martinópolis	GH3	25.805	1.884	12	7,30	PENITENCIÁRIA TACYAN MENEZES DE LUCENA - MARTINÓPOLIS	1.884			1			1	3.780,00
PE	Recife	GH1	1.617.183	7.627	4.251	0,47	COMP. PRIS. PROF. ANIBAL BRUNO - PRESÍDIO ASP MARCELO FRANCISCO DE ARAÚJO	1.914					1	1	45.526,96
PE	Ilha de Itamaracá	GH6	24.888	4.869	294	19,56	PENITENCIARIA PROFESSOR BARRETO CAMPELO	2.011					2	2	115.964,90
DF	Brasília	GH1	2.914.830	14.959	3.447	0,51	CENTRO DE INTERNAMENTO E REEDUCAÇÃO	2.031			1		1	2	68.977,19
PE	Abreu e Lima	GH4	98.602	2.878	1.830	2,92	COTEL-CENTRO DE OBSERVAÇÃO E TRIAGEM EVERARDO LUNA	2.267					1	1	52.398,95
PE	Ilha de Itamaracá	GH6	24.888	4.869	294	19,56	PENITENCIARIA AGRO-INDUSTRIAL SAO JOAO	2.364					1	1	57.982,45
PE	Recife	GH1	1.617.183	7.627	4.251	0,47	COMP. PRIS. PROF. ANIBAL BRUNO-PRESÍDIO JUIZ ANTONIO LUIZ LINS DE BRITO	3.168					2	2	91.053,92
DF	Brasília	GH1	2.914.830	14.959	3.447	0,51	PENITENCIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL II	3.182					1	1	47.674,46
DF	Brasília	GH1	2.914.830	14.959	3.447	0,51	PENITENCIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL	3.315					1	1	47.674,46
PE	Igarassu	GH6	112.463	3.684	3.202	3,28	PRESÍDIO DE IGARASSU	3.684					2	2	113.387,90
DF	Brasília	GH1	2.914.830	14.959	3.447	0,51	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISORIA	3.866					1	1	47.674,46
RS	Porto Alegre	GH1	1.476.867	5.614	3.166	0,38	PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE	4.658			1			1	21.302,73

Fonte: MJ (2016b)