

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**CAROLINA MARTINS DOS SANTOS**

**O GOVERNO DE CORPOS NEGROS E A POSTERGAÇÃO DA MORTE:  
TÉCNICAS DE FAZER SAÚDE NO INTERIOR DE UMA CADEIA**

**PORTO ALEGRE**

**2022**

CAROLINA MARTINS DOS SANTOS

O GOVERNO DE CORPOS NEGROS E A POSTERGAÇÃO DA MORTE: TÉCNICAS DE  
FAZER SAÚDE NO INTERIOR DE UMA CADEIA

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Almeida de Magalhães

PORTO ALEGRE

2022

### CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Carolina Martins dos

O governo de corpos negros e a postergação da morte: técnicas de fazer saúde no interior de uma cadeia / Carolina Martins dos Santos. -- 2022.

109 f.

Orientador: Alexandre Almeida de Magalhães.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Sistema prisional. 2. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 3. População negra prisional. 4. Saúde no sistema prisional. I. Magalhães, Alexandre Almeida de, orient. II. Título.

CAROLINA MARTINS DOS SANTOS

O GOVERNO DE CORPOS NEGROS E A POSTERGAÇÃO DA MORTE: TÉCNICAS DE  
FAZER SAÚDE NO INTERIOR DE UMA CADEIA

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Almeida de Magalhães

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Resultado:

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Alexandre Almeida de Magalhães (Orientador)

---

Profa. Dra. Luciana Garcia de Mello (UFRGS)

---

Profa. Dra. Enedina do Amparo Alves (PUC-SP)

---

Profa. Ma. Andreia Beatriz Silva dos Santos (UEFS)

## AGRADECIMENTOS

Com a absoluta convicção de que não seria possível chegar sozinha até aqui, agradeço, antes de tudo, ao meu guia e protetor Santo Expedito, santo das causas justas e urgentes e que deu o rumo, a direção e a luz para trilhar e concretizar mais este caminho.

Às minhas vivências enquanto mulher negra e irmã de um ex-detento, fatores que atravessam toda a escrita desta dissertação e de minha existência.

Agradeço à Janete Martins, minha mãe, que, mesmo sem saber muito bem o que é um mestrado, sempre me apoiou e me incentivou a seguir meus sonhos.

À Shanna Ferreira, que ao longo dessa trajetória se tornou minha esposa, pelo afeto e pelo consolo nos momentos mais difíceis deste processo, mas também pelas vibrações a cada etapa concluída.

À Cíntia Marques, minha amiga querida, que me apoiou desde o começo, ainda no processo seletivo para o mestrado. Agradeço pelas orientações, pelas palavras de incentivo e injeções de ânimo quando eu estava prestes a desistir de tudo.

Ao meu orientador, Alexandre Magalhães, pela compreensão, escuta e direcionamentos para que eu pudesse finalizar esta etapa.

Agradeço à CAPES pela concessão da bolsa, a qual pude desfrutar durante o primeiro ano de mestrado e me dedicar com qualidade aos estudos.

Às minhas vivências no SUS, que contribuíram diretamente para a escolha deste tema de pesquisa.

Aos profissionais de saúde da UBSp do Central pela sua participação em meu questionário. Às pessoas e instituições que me auxiliaram a chegar até meus interlocutores e fazer com que essa pesquisa acontecesse.

Aos homens negros em privação de liberdade não destino agradecimentos, mas sim o desejo de que esta pesquisa abra caminhos, dentro e fora da universidade, para o debate crítico no interior de diferentes áreas do saber. Às instâncias governamentais, almejo que este estudo as alcance de uma forma mobilizadora e, talvez, inquietante. Desejo, por fim, que os processos e práticas de cuidado no interior das prisões sejam uma saída para o adiamento de mortes negras.

## RESUMO

Este estudo objetivou identificar as condições e possibilidades de efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na unidade de saúde prisional do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) e, ainda, compreender se a raça se constitui como fator primordial para a distribuição de cuidados em saúde dentro do sistema prisional. A pesquisa buscou considerar os elementos raça-saúde-prisão enquanto uma tríade que culmina no governo dos corpos negros, colocando-os às margens das práticas de cuidado. O diálogo foi realizado constantemente com os resultados do questionário disponibilizado aos profissionais de saúde da UBSp, como forma de interpretar as práticas de saúde neste cenário através do olhar do trabalhador. Ademais, as vivências pessoais e profissionais da autora deste trabalho também foram mobilizadas como forma de enriquecer o debate. A amostra da pesquisa foi composta por 12 profissionais de saúde de 4 diferentes profissões (assistente social, psicólogo(a), enfermeiro(a), técnicos(as) e auxiliares de enfermagem). Os questionamentos se referiram ao perfil dos profissionais, sobre sua atuação no equipamento de saúde prisional e seu entendimento acerca dos pressupostos da PNSIPN. A análise dos dados obtidos centrou-se em estudos de diversas áreas do saber e que tratavam sobre o sistema prisional, raça e saúde. Depreendeu-se, através desta pesquisa, a ínfima produção científica sobre a saúde de homens negros privados de liberdade, resultando, neste sentido, no desmembramento dos principais descritores que ancoram a discussão. Verificou-se que há tensionamentos e resistências para a operacionalização dos pressupostos da PNSIPN, ancoradas em discursos que subjazem à relação democrática e igualitária entre as raças. Todavia, foi possível também verificar que a política de saúde no cenário prisional adquire contornos de resistência para que possa existir e para que seja possível, desta forma, atuar na postergação das mortes, em especial as negras.

**Palavras-chave:** Sistema prisional. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. População negra prisional. Saúde no sistema prisional.

## ABSTRACT

This study aimed to identify the conditions and possibilities for the implementation of the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN) in the prison health unit of the Prison Central de Porto Alegre (PCPA) and, also, to understand if race constitutes a primordial factor for the distribution of health care within the prison system. The research sought to consider the race-health-prison elements as a triad that culminates in the government of black bodies, placing them on the margins of care practices. The dialogue was constantly carried out with the results of the questionnaire made available to the health professionals of the UBSp, as a way of interpreting health practices in this scenario through the worker's point of view. In addition, the personal and professional experiences of the author of this work were also mobilized as a way of enriching the debate. The research sample consisted of 12 health professionals from 4 different professions (social worker, psychologist, nurse, technicians and nursing assistants). The questions referred to the profile of professionals, about their work in prison health equipment and their understanding of the assumptions of the PNSIPN. It was inferred, through this research, the tiny scientific production on the health of black men deprived of liberty, resulting in the dismemberment of the main descriptors that anchor the discussion. There are tensions and resistance to the operationalization of the PNSIPN assumptions, anchored in discourses that underlie the democratic and egalitarian relationship between races. However, it was also possible to verify that the health policy in the prison scenario acquires contours of resistance so that it can exist and so that it is possible, in this way, to act in the postponement of deaths, especially the black ones.

**Keywords:** Prison System. National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population. Black prison population. Health in the prison system.

## **LISTA DE MAPAS**

Mapa 1 - Complexo Hospitalar-Militar no bairro Partenon .....	27
---	----

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Linha do tempo de instituição das políticas públicas .....	47
---	----

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Quantitativo de homens e homens negros (HN) na população prisional e na população em geral .....	38
---	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1–Perfil dos profissionais entrevistados .....	49
---	----

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AHVN	Associação Hospitalar Vila Nova
APAC	Associação de Proteção e Assistência aos Condenados de Porto Alegre/RS
APS	Atenção Primária em Saúde
BM	Brigada Militar
BOE	Batalhão de Operações Especiais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPPA	Cadeia Pública de Porto Alegre
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DM	Diabetes Mellitus
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HN	Homens negros
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
LEP	Lei de Execuções Penais
MS	Ministério da Saúde
PCPA	Presídio Central de Porto Alegre
PEJ	Penitenciária Estadual do Jacuí
PEPOA	Penitenciária Estadual de Porto Alegre
PM	Polícia Militar
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPL	População Privada de Liberdade
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RI	Racismo Institucional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPA	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEPE	Superintendência de Serviços Penitenciários
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBSp	Unidade de Saúde Prisional
US	Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
CAMINHOS QUE ME TROUXERAM ATÉ AQUI .....	19
ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO .....	23
<b>1 SOCIOESPACIALIDADE, DEMOGRAFIA E RACIALIZAÇÃO DAS PRISÕES ...</b>	<b>25</b>
1.1 TERRITÓRIO DE CONTROLE E CONTROLADO .....	25
1.2. DEMOGRAFIA PRISIONAL .....	30
1.3 CONSTRUÇÃO RACIALIZADA DO SISTEMA PENAL .....	33
1.3.1 Crime é crime, eu sou eu: o “delírio” social do negro como potencial criminoso ..	33
1.3.2 Processos de racialização: racismo estrutural em debate .....	36
<b>2 DINÂMICAS DE SAÚDE NO PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE .....</b>	<b>42</b>
2.1 SUS: UMA ILHA NO ARQUIPÉLAGO PRISÃO .....	44
2.2 OS AGENTES DE SAÚDE ENQUANTO PONTES PARA A EFETIVAÇÃO DO CUIDADO .....	48
2.2.1 “Doutora, quero um desinflamatório”: sobre existir saúde na cadeia .....	51
2.2.2 Saúde, meu lugar: sobre ser profissional de saúde em uma prisão .....	59
2.3 O SUS PINTADO DE PRETO .....	66
2.3.1 “Não vejo qualquer validade, exceto campo discriminatório” .....	67
2.3.2 “Ambos ( <i>negros e brancos</i> ) se recusam a fazer o tratamento. A cor de pele não interfere”.....	74
2.3.3 “É ação ( <i>PNSIPN</i> ) para tentar a igualdade para os negros em relação a saúde.” ....	78
<b>3 RAÇA-SAÚDE-PRISÃO: UMA TRÍADE POSSÍVEL PARA O PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE? .....</b>	<b>84</b>
3.1 A TRÍADE COMO GOVERNO DE CERTOS CORPOS .....	84
3.2 POR ENTRE E ATRAVÉS DAS MURALHAS: O DIREITO À SAÚDE NO INTERIOR DAS PRISÕES .....	88
3.3 SIMBIOSE ENTRE RAÇA E SAÚDE NO PRESÍDIO CENTRAL DE POA.....	91
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>100</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>108</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>109</b>

## INTRODUÇÃO

*A adolescência de Luís<sup>1</sup> sempre foi muito “movimentada”. Jovem negro, oriundo de um bairro periférico do extremo sul de Porto Alegre, criado por uma mãe solo, Luís teve sua inserção no “mundo ilícito” quando foi flagrado fumando maconha em um parque da cidade. À época, como ainda não tinha atingido a maioridade, foi encaminhado para um serviço de assistência social de POA, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), órgão que organiza o cumprimento das medidas socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei. Assim, Luís ficou durante alguns meses prestando serviços comunitários (varrição e manutenção de um equipamento público) como forma de punição ao ato infracional cometido.*

*Desde então, Luís permaneceu fazendo uso da substância no domicílio e junto aos seus parceiros. Porém, com o passar do tempo, era perceptível que o envolvimento com as drogas e com o tráfico se tornou algo interessante e até rentável ao jovem. A partir daí, o vínculo começou a se fortalecer, o uso se intensificou e o comércio da droga passou a fazer parte do universo de Luís. Naquele período, Luís não possuía renda e morava com a mãe e a irmã mais velha. A família saiu do extremo sul da cidade e passou a morar no centro-sul da capital, onde Luís foi, de fato, capturado pelo tráfico de drogas.*

*Como o jovem possuía inúmeras amizades no território de origem, ficava indo e vindo de lá para cá. Nessa época, Luís já estava envolvido até o último fio de cabelo com o mundo do tráfico. Em meio a isso, em março de 2013, agora já com 18 anos completos, Luís e um parceiro foram pegos em flagrante dentro do apartamento onde Luís residia porcionando e embalando maconha para que fosse vendida. A Brigada Militar (BM) chegou no condomínio, Luís os avistou, tentou fugir pela janela e escondeu a droga no último andar do prédio. Tentativa falha. A BM entrou no apartamento revirou todos os cômodos, bebeu coca-cola que estava na geladeira e praticou tortura com Luís para que ele dissesse onde estava a mercadoria. Em resumo, Luís e o parceiro foram encaminhados à Delegacia e, após, ao Presídio Central de Porto Alegre (PCPA).*

---

<sup>1</sup> Nome fictício criado pela autora.

*Foram longos e duros cinco meses em regime fechado, quando então começava a saga materna do ir e vir semanalmente para visitas ao presídio. As visitas eram permitidas à mãe, pai, irmã, irmão, filhos e companheira(o) do apenado, no entanto, no frigidar dos ovos, quem carregava essa cruz era a mãe, e tão somente a mãe de Luís. Com a frequência de duas vezes na semana, as visitas ocorriam religiosamente e com pré-preparos adequados às normas da prisão e imprescindíveis para a manutenção de Luís naquele espaço. Celina<sup>2</sup>, mãe de Luís, estabelecia uma rotina no dia anterior para poder visitar seu filho: separação das roupas permitidas (cores e modelos) para entregar ao filho e sua própria vestimenta para poder ingressar no presídio; preparo do alimento que serviria de almoço para o rapaz, armazenado em embalagem plástica e transparente para que pudesse ser remexida e analisada pela revista; separação de itens básicos de higiene como sabonete colorido (para que não servisse de tapa buraco), creme dental líquido (para que também não tivesse a mesma utilidade), aparelho de barbear; algumas vezes dinheiro para que Luís pudesse ter acesso a determinados itens alimentícios e até mesmo ilícitos. Estes eram os componentes básicos que constituíam a sacola a ser entregue ao detento.*

*Muito cedo pela manhã, Celina já estava na fila do presídio com sua carteirinha de familiar e ficha aguardando a entrada na instituição. A entrada, contudo, se dava após longas horas de espera na rua, sujeita a toda e qualquer mudança de tempo que pudesse ocorrer. Após a entrada, como de praxe, ocorria a revista íntima e da sacola dos visitantes. Sem roupas e sapatos, Celina passava por uma espécie de raio x corporal para descartar qualquer tipo de objeto não permitido dentro do presídio. A comida que levava também passava por inspeção através de mexidas e reviradas que misturavam e bagunçavam grosseiramente o alimento, como um cachorro revirando lixo atrás de comida. Após esta etapa de sujeições da mãe e demais familiares, finalmente ocorria o encontro entre Celina e Luís, o qual perdurava até meados das 16h, 17h. Durante os cinco meses de detenção do filho, Celina deixou de ir apenas quando estava exausta física e psicologicamente do trabalho na noite anterior. Ela era profissional da saúde e trabalhava durante a noite em um hospital de Porto Alegre. Muitas vezes ia à visita após seu plantão de 12 horas de trabalho, pensando nas necessidades*

---

<sup>2</sup> Nome fictício criado pela autora.

*humanas de seu filho. Por opção e também por sentimento de revolta que estava sentindo de Luís, a irmã optou por não o visitar, apenas recebia notícias através de sua mãe.*

*Depois da soltura de Luís, em agosto de 2013, ele permaneceu cooptado pelo tráfico. Ou seja, a liberdade “cantou”, porém, o contexto permaneceu o mesmo. Como parte da realidade de muitas famílias que são assoladas pelo tráfico, após sua soltura, o núcleo de Luís precisou mudar de residência mais duas vezes em função de desavenças e conflitos relacionados ao tráfico. A essa altura, Luís estava sob ameaça e já não podia mais retornar para a residência localizada no centro-sul de Porto Alegre. Foi então que, em meados de 2017/2018, “sem lenço e sem documento” e “corrido” de POA, Luís mudou-se para uma das inúmeras favelas do município do Rio de Janeiro. O endereço mudou, mas a realidade do jovem permaneceu a mesma, até pior, tendo em vista a complexidade e magnitude do tráfico de drogas em terras cariocas. A família permaneceu em POA e mantinha contato telefônico. Após cerca de um ano, a mãe de Luís também se mudou para o Rio e para a mesma favela em que Luís residia.*

*No Rio, Luís ainda não sofreu nenhuma represália em função do tráfico. Juntou-se com uma pessoa, teve uma filha, tentou ingressar no mercado de trabalho. Contudo, o mercado das drogas sempre pareceu mais atraente e lucrativo. Não satisfeito com a vida que estava levando lá, Luís “tentou a sorte” e no final de 2021 retornou à POA para rever os amigos. Aqui, seguiu fazendo o mesmo de sempre e novamente caiu nas mãos da BM. Dessa vez não perdeu sua liberdade, mas quase perdeu sua vida. Luís estava entregando a mercadoria, foi pego e espancado pelos “brigadianos<sup>3</sup>” em meio a um matagal no extremo sul de POA. Ele foi resgatado pelos parceiros, levado para atendimento em saúde e durante alguns dias ficou sem conseguir sair da cama devido às dores que estava sentindo. Após recuperar-se, Luís seguiu na atividade do tráfico.*

*Depois de alguns dias, temendo pela sua vida, ele regressou ao RJ, onde ainda segue dentro da mesma dinâmica. Celina verbaliza que agora parece que Luís entrou de vez no “submundo”. Como parte do funcionamento do tráfico, Luís fica em pontos estratégicos de venda na comunidade com uma arma em punho pronto para intervir em qualquer ataque que possa acontecer. Quando Celina*

---

<sup>3</sup> Como os membros da Brigada Militar são chamados aqui no Rio Grande do Sul.

*questiona a ele “como será quando tua filha te ver assim?”, Luís responde: “uma hora ela vai ter que saber”. Nos meandros de toda essa história, “tardamente” Luís apresentou olhos amarelados, sintoma característico das hepatites<sup>4</sup>, doença contagiosa, de fácil transmissão através do compartilhamento de objetos infectados (agulhas, lâminas, cachimbos etc.), altamente propagada no universo prisional devido às condições de insalubridade e superlotação e até mesmo fora do sistema, considerando a dinamicidade do tráfico de drogas. Em resumo, apesar da suspeita, a doença nunca se confirmou visto que Luís a ignorou e não buscou nenhum serviço de saúde.<sup>5</sup>*

Em que pese o relato acima não possuir relação estrita com a temática principal da dissertação em curso, a narrativa foi importante para que a pesquisadora explorasse o universo penal a partir do olhar de estudante, profissional de saúde e, também, como familiar de um jovem negro egresso do sistema prisional. O objetivo ao trazer este fragmento de uma história de vida foi dar sentido a um percurso analítico constantemente conectado com elementos reais de dores e dissabores provocados pela experiência prisional.

As ocorrências que trago ao longo de minha narrativa ganham criticidade com a produção desta pesquisa e o delineamento do que se pretende investigar. Isto é, baseada em minhas vivências pessoais e profissionais, por meio desta dissertação busco apresentar um conjunto de reflexões sobre uma política pública que objetiva a equidade racial no âmbito da saúde pública e o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) através de indicadores sobre a saúde da população negra: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Enquanto política pública afirmativa e de discriminação positiva, instituída no ano de 2009, a PNSIPN visa o enfrentamento do racismo institucional operado nos serviços de saúde do SUS através de ações que promovam a equidade racial e o acesso das pessoas usuárias negras à saúde pública. As estratégias envolvem desde a coleta fidedigna do quesito raça/cor das pessoas usuárias atendidas até a criação de mecanismos específicos que assegurem o acesso dessa população ao SUS.

Deste modo, o estudo busca identificar as condições e possibilidades de efetivação da PNSIPN na unidade de saúde prisional do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) e, ainda,

---

<sup>4</sup> Ao longo deste trabalho será discutido, com mais detalhes, a ocorrência de doenças infectocontagiosas no sistema prisional.

<sup>5</sup> O texto relatado é verídico, visto que a autora deste trabalho é irmã de Luís e filha de Celina. Alguns dos fatos descritos foram verbalizados pelo próprio Luís.

compreender se a raça se constitui como fator primordial para a distribuição de cuidados em saúde dentro do sistema prisional. A pesquisa se concentra neste espaço de trabalho para compreender de que forma a saúde pública é distribuída no “Central”, propondo o entendimento de uma saúde racializada considerando as especificidades dos sujeitos negros privados de liberdade.

## CAMINHOS QUE ME TROUXERAM ATÉ AQUI

A escolha em pesquisar a saúde de homens negros encarcerados no PCPA é multifatorial e oriunda de vivências pessoais e profissionais. Pensando em uma ordem cronológica a partir de experiências familiares na prisão do PCPA em meados de 2014, passei a compreender empiricamente as motivações sociais e raciais que culminam na prisão de alguém, bem como os resultados físicos, psíquicos e sociais ocasionados pelo período durante e após o encarceramento, além, obviamente, do sofrimento e luta da família em acompanhar este período doloroso. Com isso, percebi e senti que ser familiar de um ente preso é estar entre uma “faca de dois gumes”. De um lado, gera revolta pelo sofrimento e desgaste causado aos familiares. Porém, ao mesmo tempo, causa indignação pela forma truculenta e muito bem direcionada com que agem as instâncias de segurança pública.

Contudo, essas dissonâncias foram ganhando outras formas a partir do momento em que saí do meu núcleo familiar, construí (e ainda construo) minha identidade racial e conheci outras histórias de vida. À época da prisão de meu irmão, ainda não tinha a consciência política, social e racial que agora tenho. Esse processo se iniciou através de minha inserção no meio acadêmico, possibilitando a construção de minha identidade racial, bem como o processo contínuo e permanente de tornar-me negra<sup>6</sup>. A trajetória de uma vida permeada por episódios de racismo e de inferiorização de minha própria existência e capacidade intelectual serviu como trampolim para compreender o lugar imposto ao sujeito negro no país em que vivemos.

Ao iniciar minha trajetória na área do Serviço Social por meio de estágio em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e em um Hospital público-privado, ambos localizados em Porto Alegre (POA), conheci pessoas e histórias de vida relacionadas a prisão, cumprimento de medida socioeducativa e a própria dimensão da negritude, uma vez que a grande maioria das pessoas usuárias da política de assistência social e do SUS são negras. Após a graduação, atuei como educadora social em um abrigo municipal para crianças e adolescentes

---

<sup>6</sup> Referência à obra “Tornar-se negro” de Neusa Santos Souza (1983).

em POA, um local extremamente desafiador que carrega duras histórias de vida perpassadas por violências físicas e psicológicas, violações de direitos, ruptura de vínculos afetivos e vivências no universo prisional. Saliento, ainda, que a raça é o principal marcador dessas crianças e adolescentes, visto que a maioria esmagadora das pessoas em acolhimento institucional são negras.

Por fim, já como assistente social inserida em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, atuei em uma Unidade de Saúde (US) da periferia de Porto Alegre onde atendia usuários, em sua grande maioria negros, com histórico de privação de liberdade e agravos em saúde ocasionados pela prisão. Durante a residência, me aproximei e estudei ainda mais a questão racial, principalmente sobre a PNSIPN através do Curso de Promotores em Saúde da População Negra promovido e ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde de POA (SMS/POA). O curso tinha como principal objetivo capacitar trabalhadores da saúde sobre a PNSIPN e a efetivação dela em seus locais de trabalho, visando o enfrentamento ao racismo institucional.

Diante disso, coloco as seguintes questões como problemas centrais deste estudo: por que a pesquisa se ancora em experiências sobre ser homem negro? Por que o homem negro privado de liberdade? Por que pesquisar sobre a política de saúde? Por que especificamente sobre a saúde de homens negros em privação de liberdade? As vivências narradas servem como respostas aos questionamentos, assim como serviram enquanto trampolim para compreender melhor os significados de ser negro em uma sociedade racista e construída por corpos e mãos negras; sobre a possibilidade de promoção da saúde para essas vidas, considerando e respeitando suas particularidades e vivências e sobre, principalmente, perceber e vivenciar que vidas negras vão “de graça pro presídio e para debaixo de plástico, que vai (vão) de graça pro subemprego e pros hospitais psiquiátricos”<sup>7</sup>. Contudo, são vidas que importam e possuem grande valor. Assim, esta pesquisa é uma possível provocação para ressignificar discursos historicamente permeados pelo racismo estrutural.

A partir e através de todos estes elementos, a pesquisa ganhou materialidade com a construção da tríade prisão-saúde-raça, enquanto parte do universo de análise deste estudo. Desse modo, como forma de investigar as aproximações e distanciamentos entre as partes deste tripé analítico, realizou-se levantamento bibliográfico no Portal de Periódicos Capes e em periódicos eletrônicos das Ciências Sociais e Sociologia, com o intuito de verificar as produções acadêmicas desta área do saber a respeito da saúde prisional. Como resultado desta busca,

---

<sup>7</sup> Trecho da canção “A Carne” de Elza Soares.

percebeu-se a escassez de produção científica e acadêmica neste campo. A maioria dos estudos encontrados estavam compreendidos nas áreas da Saúde Coletiva/Pública, Serviço Social, Psicologia e Epidemiologia, as quais discutem esta temática a partir de legislações, estatísticas e aspectos epidemiológicos. Saliento que não descarto essas produções, ao contrário, atribuo grande valor a elas como forma de compreender outros processos que ocorrem nas prisões. No entanto, considero relevante e pertinente o estudo sociológico acerca da saúde no cárcere, visto que é um aspecto que constitui a dinâmica prisional e se articula com as concepções analíticas trazidas por estudiosos do assunto. Desta forma, acredito ser este o principal diferencial desta pesquisa, ao possibilitar o cruzamento de discussões sociológicas, sanitárias e raciais dentro de um mesmo universo de análise.

Acredita-se, deste modo, que o presente estudo irá somar ao arcabouço científico da Sociologia como potente área de intervenção, através da visibilidade de uma política afirmativa recente, porém com grande relevância para mudanças nas estruturas sociais. Considera-se, ainda, a importância de trazer o debate racializado da saúde para o interior desta área do saber, enquanto dimensão constitutiva da sociedade e dos sujeitos que a compõem.

Partindo do delineamento do problema de pesquisa, a construção do universo de análise precisou ser redimensionada em virtude da pandemia da Covid-19. Inicialmente, tinha-se a ideia de realizar a pesquisa a partir do ponto de vista dos sujeitos negros encarcerados, no entanto, em função da pandemia, não foi possível a imersão física no Central. Tendo em vista este novo contexto social e sanitário, o estudo abrangeu os profissionais de saúde que trabalham dentro da unidade de saúde prisional do PCPA, uma vez que se considera estes atores como um dos principais meios para o acesso ou não acesso aos cuidados em saúde dentro da prisão.

Em tempos pandêmicos, foi lançado o “Plano de contingência para o novo coronavírus (covid-19) no sistema penitenciário de Porto Alegre” construído pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA) e por profissionais da equipe de saúde prisional do Central. Sobre a Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSp), o plano informa o seguinte: “a Unidade de Saúde Prisional fica localizada no andar térreo de um dos pavilhões, sendo integrada por profissionais da SUSEPE, Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN) e conta com apoio administrativo e logístico da Brigada Militar do RS.” (SMS/POA, 2020). A Equipe de Saúde do Sistema Prisional (ESP) do Central é composta pelos seguintes profissionais: enfermeiros, clínicos gerais, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social, psiquiatra, dentista e técnico odontológico (DEPEN, 2019).

Para fins desta pesquisa, a amostra foi intencional e abrangeu 12 agentes de saúde de cada profissão elencada a seguir e que atuam dentro da UBSp do PCPA:

- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem – 5 participantes (41,7%);
- Assistentes Sociais – 2 participantes (16,7%);
- Enfermeiros(as) – 3 participantes (25%);
- Psicólogos(as) – 2 participantes (16,7%).

Justifica-se a execução da pesquisa com um universo diversificado de sujeitos, desconsiderando uma perspectiva médico-centrada de atendimentos e levando em conta o paradigma multiprofissional da saúde integral do sujeito, seja ela física, psíquica ou social. Ademais, entende-se que os profissionais elencados são, de maneira geral, mais demandados pelos presos, considerando sua atuação em aspectos biopsicossociais dos usuários privados de liberdade, além de estarem em maior número<sup>8</sup> dentro do serviço, o que ampliou o escopo de respostas para a análise.

Considerando o contexto pandêmico e os processos institucionais e burocráticos durante a execução da pesquisa, alguns elementos importantes influenciaram e protelaram o andamento das etapas seguintes. Entre idas e vindas, alterações e reformulações, a pesquisa levou três meses para ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Plataforma Brasil. Já no Comitê de Ética em Pesquisa da SUSEPE, o retorno sobre a aprovação levou quinze dias. Após a aprovação de ambas as instâncias, surgiram algumas dificuldades para obter o e-mail funcional dos profissionais de saúde da UBSp: por meio de contatos extraoficiais, consegui o e-mail e telefone celular da diretora do PCPA. Entrei em contato com ela para solicitar os endereços eletrônicos dos trabalhadores, contudo, a diretora retornou com apenas sete e-mails, justificando que aqueles eram os profissionais que estariam dispostos a participar da pesquisa. Retornei o mesmo e-mail questionando o motivo e, no fim, ela me reencaminhou o contato de 20 profissionais que atuam no PCPA.

Após este retorno foi possível, finalmente, dar o pontapé inicial na coleta de dados e informações propostas pela minha pesquisa. Como técnica principal para realizar o estudo, foi disponibilizado aos profissionais um questionário online semiestruturado com perguntas abertas e de múltipla escolha sobre o tema em questão. As perguntas foram realizadas com base no entendimento dos profissionais sobre a existência e materialização do SUS dentro da prisão, a importância da autodeclaração racial, a coleta do quesito raça/cor e o preenchimento dos

---

<sup>8</sup> Informação obtida através de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço de saúde.

sistemas informatizados do SUS, e ainda sobre o seu conhecimento a respeito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)<sup>9</sup>. Além disso, a profissão e raça/cor da pessoa entrevistada também foi mapeada, visto que estas características podem incidir diretamente no atendimento disponibilizado aos usuários.

Como primeiro passo a ser dado, no dia 15/10/2021 enviei o questionário aos 16 profissionais que estavam dentro do meu escopo de profissões. Como não obtive nenhuma resposta, em 26/10/2021 enviei outro e-mail reforçando a participação dos profissionais. No dia 03/11/2021 havia obtido o total de somente três respostas. Após isto, entrei em contato via *whatsapp* com a diretora do presídio relatando a situação e solicitando, se possível, que pudesse reforçar com os convidados a participação no estudo. Foi aí que a diretora me respondeu informando que na lista de profissionais que ela havia me enviado nem todos atuavam diretamente na UBSp, alguns trabalhavam nas galerias do Central. Então entendi por que o retorno estava tão abaixo do que eu esperava. Via trâmites internos, a diretora enviou meu questionário à enfermeira da UBSp, a qual encaminhou para os demais profissionais do serviço. Finalmente em 25/11/2021 o questionário somava o total de doze respostas. Entendi que o número era suficiente para compor a análise proposta.

Após todos estes trajetos, procrastinei a escrita da dissertação por cerca de quatro meses. Ao conseguir um trabalho presencial na área da saúde, fui engolida pelos processos institucionais e não consegui dar início ao meu estudo. Em meio a incertezas, angústias e desestímulo, por pouco não optei por trancar o mestrado e deixar de lado esta fase acadêmica. Depois de muito diálogo com amigos e meu orientador, consegui entender que poderia dar conta do processo e que não valeria a pena jogar fora tudo que construí para chegar até aqui. Iniciar a escrita foi extremamente difícil, eu não sabia nem por onde começar. Contudo, internalizar a certeza do que eu queria e do quanto minha escrita iria contribuir para os demais estudos acadêmicos e para diferentes áreas do saber me impulsionou a seguir em frente e concluir este ciclo.

## ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A fim de investigar os apontamentos realizados acima, além desta introdução e das considerações finais, a pesquisa se estrutura da seguinte forma: em um primeiro momento, no capítulo 1, apresento o mapeamento territorial e sócio-histórico dos entornos do Presídio

---

<sup>9</sup> Ainda neste capítulo a PNSIPN será mais bem discutida.

Central de Porto Alegre, o apontando como um território de controle e controlado por instâncias militares. Além disso, proponho a discussão acerca da demografia prisional através de indicadores sociais que refletem o encarceramento em massa de homens negros no sistema prisional do país, costurando estas informações com a ideia da construção racializada do sistema de justiça criminal e o delírio do negro enquanto criminoso. Para fechar este capítulo, mobilizo o fenômeno do racismo estrutural como elementar para entendermos os processos de racialização que ocorrem fora e dentro do cárcere.

A seguir, já no capítulo 2, introduzo o debate sobre o SUS dentro do PCPA, a partir da concepção dos profissionais de saúde que atuam na UBSp e também da minha própria experiência profissional. Através das falas dos trabalhadores, reflito sobre seu papel enquanto pontes para a efetivação do cuidado dentro da prisão, compreendendo, também, que sua atuação ocorre de maneira combinada, e por vezes em conflito, com determinados sujeitos presos no que se refere às práticas de fazer saúde no interior da cadeia. Por fim, me anoro na discussão sobre a PNSIPN e sua possibilidade de efetivação no interior da cadeia. Busco, ainda, problematizar o posicionamento dos profissionais em constante articulação com os pressupostos da política e de estudos científicos que analisam esta temática.

No terceiro e último capítulo, resgato toda a discussão produzida até então. Proponho, neste tópico, a construção da tríade raça-saúde-prisão enquanto elementos constantemente relacionados ao contexto prisional e que se estabelecem como uma forma de governo sobre os corpos encarcerados, especialmente aqueles que se autodeclaram negros. Ademais, sugiro uma possível relação simbiótica entre raça e saúde, fundamentando meus argumentos com base em epistemes negras que há tempos refletem sobre o assunto.

## **1 SOCIOESPACIALIDADE, DEMOGRAFIA E RACIALIZAÇÃO DAS PRISÕES**

O presente capítulo busca introduzir o debate sobre as prisões, mais especificamente sobre o PCPA, a partir da perspectiva do território onde a instituição se insere, considerando este aspecto como fundamental para compreender a constituição da prisão em espaços delimitados e, neste caso, gerido por instâncias militares. Busca-se, também, apontar demograficamente o contingente populacional do Central e a nível nacional, com vistas a mobilizar a discussão sobre o fenômeno do encarceramento em massa.

Ademais, a reflexão se estende para um dos pontos cruciais desta dissertação que é a construção do sistema penal através de corpos negros e a ingerência do mecanismo prisional por meio da perspectiva da saúde dirigida a estas vidas.

### **1.1 TERRITÓRIO DE CONTROLE E CONTROLADO**

Chegar até aqui não foi “por acaso”, assim como não foi “por acaso”, nem mera escolha infundada pesquisar, analisar e refletir sobre o serviço de saúde em uma unidade prisional. Como outrora sinalizado, as vivências que carregou foram disparadoras para que eu tocasse em um assunto tão sensível e, ao mesmo tempo, extremamente duro e tenso. Antes mesmo de trazer dados estatísticos e indicadores sobre o contingente populacional do PCPA, julgo imprescindível mapear o território onde esta instituição se encontra, visto suas características peculiares.

A análise territorial sobre o entorno do Central tem como principal objetivo demonstrar os efeitos que determinados equipamentos públicos causam à população, processos de estigma como os causados pela existência da prisão, e processos de segurança gerados pelos demais estabelecimentos militares. Além disso, enquanto moradora da cidade, sempre percebi algo que destacava esta região das demais. O policiamento constante através das inúmeras instâncias de controle, estabelecimentos hospitalares históricos na cidade, locais importantes e de grande visibilidade que atribuem identidade à região, entre eles, a Igreja São Jorge e o Baile Funk da Tuka. A Igreja que exprime a proteção, a fé; o baile que é identificado pela vulgaridade e como local de perigo. Assim como outras localidades, Porto Alegre é identificada desta forma. As divisões socioespaciais denunciam que território é aquele, quem o habita e o que significa ser parte dele. Antes de tudo, compreender o território e os elementos que o compõem é

fundamental para delinear os significados de uma prisão em determinada localidade e sua implicação na vida dos sujeitos que a cercam.

A Cadeia Pública de Porto Alegre (CPPA), comumente chamada de Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) ou, ainda, pela alcunha de “Central”, desde 2016 teve seu nome alterado segundo o Decreto Estadual nº 53.297<sup>10</sup>. Em que pese a normatividade citada, ao longo deste trabalho irei identificar a instituição como “Central” ou através da sigla PCPA, visto os significados que esta nomenclatura atribui bem como a crítica a adequações normativas, porém não estruturais (ÁVILA, 2017)<sup>11</sup>. Construído no ano de 1959 e fundado em 1962, o PCPA “situa-se a sudeste do centro da cidade, ao bairro Cel. Aparício Borges, onde concentram-se equipamentos institucionais policiais. O equipamento prisional localiza-se na base do Morro da Polícia, próximo às vias arteriais da Av. Bento Gonçalves e Rua Cel. Aparício Borges” (SILBERMANN, 2021, p.24).

Juntamente com os bairros Santo Antônio, São José e Vila João Pessoa, o bairro Cel. Aparício Borges pertence à região do Partenon, a qual é composta por algumas vilas e comunidades urbanas: Morro da Polícia, Campo da Tuca, Morro da Cruz, Vila Maria da Conceição ou “Maria Degolada” (MENDES, 2022), Vila São Pedro ou “Cachorro Sentado”. Além das localidades citadas, a região conta com a existência de instâncias policiais e de controle social, a saber: regimentos, batalhões, academias e escolas vinculadas à Brigada Militar de Porto Alegre, delegacias, central de triagem de presos, instituições penais como o próprio Central, a Associação de Proteção e Assistência aos Condenados de Porto Alegre (APAC POA), Penitenciária Estadual de Porto Alegre (PEPOA), Instituto Penal Feminino de POA, além de instituições de saúde que, tradicionalmente, possuem caráter segregatório, voltadas à contenção da loucura e ao tratamento de doenças socialmente discriminadas, como o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) e o Hospital Sanatório Partenon.

Abaixo segue um perímetro desenhado em mapa indicando as instituições de controle social existentes no entorno no PCPA. Para melhor entendimento, um ícone identifica os locais de treinamento/recrutamento militar; outro aponta os espaços de atendimento à saúde; um dos

---

<sup>10</sup> O Decreto nº 53.297 de 10/11/2016, cria, extingue e altera a denominação de estabelecimentos prisionais no âmbito do estado do RS. De acordo com nota da SUSEPE, “o objetivo das alterações é para adequar aos padrões da Lei das Execuções Penais (LEP) que estava tramitando desde 2014. Exemplo, a cadeia pública destina-se ao recolhimento de presos provisórios. Já nas penitenciárias, devem cumprir pena pessoas condenadas no regime fechado pela justiça.” (2017).

<sup>11</sup> Mesmo destinado a receber somente presos provisórios, o PCPA também detém presos condenados. Ou seja, a mudança de nome não irá modificar o funcionamento da prisão. O juiz Sidinei Brzuska opina que “não consigo vislumbrar qualquer modificação na vida do preso (através da) troca de nomenclatura. A decisão que proíbe a entrada de condenados no Central tem 22 anos. Se fosse por isso, teria que ter colocado Cadeia Pública há 22 anos”. (ÁVILA, 2017).



as possibilidades do morro, geralmente construídas em madeira e com estrutura precária.” (PORTO ALEGRE, 2011).

Silbermann (2021), vai nos dizer que os territórios onde as prisões<sup>13</sup> existem podem ser considerados “sítios de concentração das mazelas difundidas pela segregação socioespacial atreladas aos pobres urbanos” (p.23). Para ele, a segregação urbana é uma expressão da desigualdade social que ocorre em grandes metrópoles e, ainda, que a existência de prisões em áreas urbanas tende a acarretar processos de estigmatização relacionada à violência e sensação de insegurança generalizada. Sobre isso, Combessie (2002 apud MALLART, 2019a, p.63), aponta que “a prisão é um fator de perturbação para o ecossistema social circundante, já que os efeitos estigmatizantes do cárcere se propagam além dos muros, projetando-se na vizinhança”. Relacionado a isso, um fato curioso que ocorre nessa região, é que o Central acaba sendo ponto de referência para a localização do bairro. Habitualmente, quando quer se referir a algum ponto específico do território, a população porto-alegrense menciona como “perto do Central”. Ou seja, assim como as demais políticas estatais, o PCPA produz diferentes sentidos de territorialidade e movimentos no bairro, sejam eles positivos ou negativos.

Ainda em relação ao fator território, a Lei de Execuções Penais (LEP nº 7210/1984) determina que “as penitenciárias sejam construídas longe dos centros urbanos, desde que a distância não restrinja a visitação aos internos” (BRASIL, 1984). Isto é, serão erguidas em centros urbanos ou em suas proximidades as cadeias públicas e as casas de albergado, de acordo com a lei. Outro ponto importante trazido na produção de Silbermann (2021) e na LEP é que a legislação prevê que estabelecimentos penais na modalidade Cadeia Pública resguardem a “permanência do preso em local próximo ao seu meio social e familiar” (BRASIL, 1984). Ou seja, em tese, o núcleo sociofamiliar do preso deveria residir nas imediações do Central. No entanto, a realidade mostrada no vídeo “Mulheres de apenados: visita íntima” (MULHERES..., 2020) e na realidade da autora deste trabalho, é contrária ao previsto pela legislação. Considera-se, portanto, que habitar nas redondezas da prisão onde seu ente encontra-se pode desencadear agravantes relacionados ao preconceito, discriminação, perigo para a família e ameaça para a comunidade. Entende-se a importância desta discussão e seus atravessamentos no processo de encarceramento, no entanto, seria necessária outra dissertação para reportar esse assunto.

Seguindo nesse fio analítico, em artigo que trata sobre a espacialização das prisões em terras paulistas e cariocas, Godoi, Araújo e Mallart (2019) inicialmente questionam sobre “o

---

<sup>13</sup> Para os fins deste trabalho, serão utilizados os termos “cadeia”, “prisão” e “cárcere”, como forma de sinônimos para o estabelecimento penal, ainda que estes verbetes apresentem significados diferentes. Para mais, ver a LEP (BRASIL, 1984).

que faz de um território um lugar propício (ou não) ao encarceramento” (p.2). A resposta é que se dá tendo em vista interesses políticos e econômicos do poder público, especialmente o estadual que, segundo Vasconcelos et al. (2018 apud GODOI; ARAÚJO; MALLART, 2019, p.3), assume majoritariamente as mais decisivas políticas e estratégias de controle do crime. Deste modo, entende-se que a localização espacial do Central também não é mera causalidade. Em que pese não seja distante do grande centro urbano da capital, como mencionado anteriormente, o território ao qual pertence é caracterizado pela pobreza, vulnerabilidade social, vilas, comunidades, infraestrutura precária que violam direitos humanos básicos, instituições totais que acolhem aqueles sujeitos segregados e indesejados socialmente (os “bandidos”, os “loucos”, os “tuberculosos”) e, ainda, instâncias da segurança pública espalhadas por todo o perímetro que tentam simbolizar uma sensação de “proteção” em meio a um contexto ameaçador.

Em artigo, Andrade e Silveira (2013) discutem o conceito sociológico de “efeito-território”, alicerçados no que Bourdieu chamou de “efeitos de lugar” ao se referir aos territórios como uma “espécie de simbolização imposta pela população ali residente” (BOURDIEU, 2008 apud ANDRADE; SILVEIRA, 2013, p.12). Os autores dialogam sobre os efeitos das diferenças territoriais na vida de moradores de uma favela de Belo Horizonte e moradores de um bairro de classe média-alta adjacente à comunidade. A pesquisa foi realizada com vistas a identificar fatores positivos ou negativos que a proximidade física e, como mencionado pelos autores, a “distância social” incide nas dinâmicas de vida dos sujeitos moradores da favela. Eles ainda pontuam que “o foco da investigação são as formas de sociabilidade e as relações institucionais que se desenvolvem em um determinado espaço e as suas possíveis relações causais” (ANDRADE; SILVEIRA, 2013, p.5).

Tendo em vista a contiguidade territorial entre instituições de controle e moradores do bairro Coronel Aparício Borges em Porto Alegre, considera-se que os efeitos atribuídos a esses sujeitos subjazem uma perspectiva de poder e domínio do território considerado, ora vulnerável, ora protegido através da militarização. Sobre a formação de uma relação simbiótica entre equipamentos estatais e território, uma entrevista realizada com pessoas que residem no entorno de um Cadeia Pública de Manaus (QUEIROZ, 2017) simboliza a sensação de segurança e perigo que a instituição leva aos moradores. Ao mesmo tempo que enfatizam a diminuição de assaltos em função do policiamento constante, atribuem à presença destes o significado de medo e a necessidade de estar o tempo todo vigilante.

Somado a isso, trago duas notícias que tratam sobre a sensação de residir no entorno do Central como forma de contribuir à discussão de um território militarizado e a produção de suas territorialidades. Em uma entrevista realizada por um jornal gaúcho, uma moradora fala sobre seu incômodo em relação ao barulho diário dos tiros emitidos pelos alunos do Centro de Treinamento da Brigada Militar, instituição que se localiza próximo de sua residência. Ela enfatiza que os estampidos e, por vezes, explosivos, são lançados constantemente, sem respeitar o descanso dos moradores do entorno. Em nota sobre a manifestação da moradora, a Associação dos Sargentos Subtenentes e Tenentes da Brigada Militar e Bombeiros Militares do RS disse o seguinte: “O barulho dos tiros de treinamento da BM incomodam mais que o barulho dos tiros dos bandidos na rua” (DIÁRIO..., 2017).

Outra reportagem (CASA..., 2017) que ilustra estas dinâmicas narra o ocorrido no ano de 2017, quando um grupo de pessoas cavou um túnel de uma residência localizada a 160 metros de um equipamento militar com o intuito de chegar até o Presídio Central. A operação foi desmantelada antes que se obtivesse sucesso. De acordo com o veículo jornalístico, este episódio deixou a população do entorno incrédula: “estou abismado, de boca aberta, quando fiquei sabendo, pela ousadia. Nós estamos ao lado da Academia da Brigada Militar”, verbaliza um morador ao ser entrevistado.

As territorialidades forjadas pelos espaços militares perpassam movimentos de hierarquia e soberania presentes em nossa sociedade. O complexo militar nas imediações do Central ilustra o poder de repressão sobre as dinâmicas do cárcere e o reforço da tutela estatal sob os corpos encarcerados. Godoi, Araújo e Mallart (2019) evidenciam que “os muros da prisão materializam e anunciam a segregação da forma mais evidente. Porém, a localização da instituição prisional também cumpre papel decisivo na concretização e na comunicação dessa segregação” (p.20). Ainda que busque afirmar seu caráter de isolamento social, a prisão é contígua ao mundo externo, é uma espécie de “conector urbano – um ponto de gravitação – no qual se cruzam múltiplas linhas de força, de intensidades e velocidades variadas. Trata-se de um ponto nevrálgico do urbano, espaço estratégico de entrecruzamento de uma infinidade de agentes governamentais” (RUI; MALLART, 2015).

## 1.2. DEMOGRAFIA PRISIONAL

Seguindo sob a perspectiva de caracterização do objeto de estudo, realizou-se breve levantamento demográfico sobre a população prisional total do PCPA, do Rio Grande do Sul e

do Brasil, com vistas a discorrer sobre a superlotação dos estabelecimentos prisionais e de que forma esse aspecto incide diretamente na vida e saúde dos sujeitos apenados.

Em tempos atuais a prisão vem adquirindo novos contornos e facetas que a caracterizam não mais como instituição de mera detenção e correção de condutas<sup>14</sup>. O aparelho prisional agora opera para a morte social de determinados sujeitos (BORGES, 2019). Processos de morte em vida que provocam a violação dos direitos humanos, a qual se caracteriza pela ausência ou escassez de políticas públicas voltadas para a manutenção e subsistência da população privada de liberdade. A respeito disso, julga-se necessário pontuar alguns aspectos relevantes em relação ao contingente carcerário do RS e do PCPA e, ainda, como essa estrutura existe a partir da discussão principal desta dissertação: a promoção da política de saúde da população negra no interior das prisões.

De acordo com a Superintendência de Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul (SUSEPE - RS), instância da administração penitenciária do RS, o estado conta com 121 estabelecimentos prisionais entre presídios, penitenciárias, cadeia pública, delegacias penitenciárias, institutos penais, colônias penais, centros de custódia hospitalar, instituições penais de monitoramento eletrônico (prisão domiciliar/semiaberto), instituto psiquiátrico forense, casas de albergado e APAC<sup>15</sup>, considerando locais femininos e masculinos. Ainda em consonância com o órgão, a população prisional do RS contabiliza 41.015 homens privados de liberdade em regime fechado (SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS, 2022). Em relação ao conjunto do país, segundo dados divulgados pelo Levantamento de Informações Penitenciárias do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN), em junho de 2021 o país somava 643.964 indivíduos encarcerados, dentro dos mesmos parâmetros elencados para o Rio Grande do Sul.

Já em terras porto-alegrenses e partindo para a instituição alvo deste trabalho, o Central é uma prisão “provisória”<sup>16</sup> masculina vinculada à SUSEPE, porém administrada e comandada pela Polícia Militar (PM), corriqueiramente chamada no Rio Grande do Sul (RS) de Brigada Militar (BM)<sup>17</sup>, fato este que ocorre no PCPA e na Penitenciária Estadual do Jacuí (PEJ), localizada no município de Charqueadas, região Carbonífera do estado. Segundo Rudnick (2015), em julho de 1995, cumprindo as ordens do Governo do RS, em substituição à SUSEPE,

---

<sup>14</sup> Para saber mais sobre práticas de tortura, condenação e o surgimento das prisões, ver a obra “Vigiar e Punir – Nascimento da prisão” (FOUCAULT, 2014).

<sup>15</sup> Para distinguir cada uma destas instituições, ver LEP (BRASIL, 1984)

<sup>16</sup> Vide item 1.1 deste trabalho.

<sup>17</sup> “Apenas no Rio Grande do Sul a Polícia Militar é conhecida como Brigada Militar (BM), sendo este termo, inclusive, mais utilizado do que aquele. A sigla PM significa Polícia Militar ou policial militar”. (RUDNICK, 2015, p.2).

a PM recebeu a tarefa de garantir a segurança interna do PCPA, inclusive no comando da direção da casa. De acordo com pesquisa realizada por Passos (2017) sobre a intervenção da BM no sistema prisional do RS a partir do ano de 1995, a autora pontua que o fato ocorreu tendo em vista a falta de recursos humanos (agentes penitenciários) que pudessem substituir as atividades dos policiais militares. Ademais, outra motivação importante a ser apontada é que a administração pela BM se deu através de uma medida de caráter emergencial ordenada pelo governador do estado devido às denúncias de violações de direitos supostamente cometidas pela SUSEPE e pelo Batalhão de Operações Especiais da BM (BOE), além da ocorrência de motins, rebeliões e atentados contra a vida. Segundo pesquisa de Passos (2017), devido ao caráter emergencial, a intervenção da BM duraria seis meses, até que a ordem das casas fosse reestabelecida.

Rudnick (2015) pontua que em 1959, ano de sua fundação, o Central alojava cerca de 700 homens, chegando ao limite, em 2011, quando recebeu aproximadamente 5.300 presos. Atualmente, de acordo com dados de março de 2022 da SUSEPE, o Central conta com 2.837 homens privados de liberdade que estão distribuídos nos 8 pavilhões que constituem o presídio, no entanto, a engenharia do local comporta 1.824 presos. Ou seja, praticamente mil homens a mais compõem as galerias e corredores do Central.

Com base em estudo realizado pela ONG Carcerópolis, o Brasil possui 1.422 unidades prisionais, sendo que apenas 21% não apresenta superlotação (CONNECTAS DIREITOS HUMANOS, 2022). Sobre esse fenômeno do encarceramento em massa<sup>18</sup>, seria impossível seguir essa discussão sem ter como mote central a questão racial, a qual se constitui como elemento fundante e fundamental para compreender como opera o sistema penal. Enfatizo que a pesquisa como um todo se estrutura tendo a dimensão racial como operador analítico principal, isto é, será pelas lentes dessa perspectiva que a discussão da dissertação será articulada. Ademais, em consonância com a proposta deste trabalho, além da perspectiva étnico-racial, a política de saúde no cenário prisional também será mobilizada e problematizada.

Nesse sentido, é importante reafirmar que a pesquisa em curso está assentada no tripé raça-saúde-prisão enquanto elementos indissociáveis e que buscam tomar esta experiência de maneira articulada. Associado a esta tríade, a discussão acerca do território em torno do Presídio Central e o contingente populacional que compõe este universo nos dá subsídios para o reconhecimento de um território majoritariamente negro tanto dentro quanto fora<sup>19</sup> dos muros

---

<sup>18</sup> Este conceito será destrinchado ao longo da dissertação.

<sup>19</sup> Os dados populacionais categorizados por raça/cor relativos ao bairro Partenon serão apresentados nas páginas que seguem.

prisionais. Através deste cenário, é demonstrada uma certa demarcação territorial destinada aos sujeitos negros, a espaços caracterizados pela pobreza, controle social e confinamento. Neste caso, a localidade do Partenon é o retrato dessas particularidades, e a análise delas contribui para a discussão sobre espaços e instituições racialmente delimitados.

### 1.3 CONSTRUÇÃO RACIALIZADA DO SISTEMA PENAL

Para que seja possível estruturar a discussão, o próximo subitem irá tratar sobre o conceito de sujeição criminal e a construção de um corpo negro como potencial criminoso. Em seguida e concomitantemente, as noções de racismo<sup>20</sup> estrutural e institucional serão mobilizadas a fim de subsidiar a reflexão sobre prisão enquanto espaço composto, em grande medida, por sujeitos negros. Por fim, costurando com o trazido anteriormente, discutirei a questão da negritude masculina dentro do Central juntamente com a saúde (ou não saúde) desses homens. Ao fim e ao cabo, a ideia deste tópico e da dissertação, de certo modo, é refletir sobre como não é possível pensar as prisões sem considerar o processo de racialização que a atravessa e os efeitos disso, preferencialmente, sobre os corpos negros.

#### 1.3.1 Crime é crime, eu sou eu<sup>21</sup>: o “delírio” social do negro como potencial criminoso

Sabemos quem é que iremos botar na cadeia, quem é que vamos prender, quem é que vai cometer crime, porque já está feito para aquelas mesmas pessoas, sempre. Se tu for lá no presídio, tu vai ver todas aquelas ‘carinhas’ ali, é essa população, são aqueles que quando andamos na rua à noite temos medo, atravessamos a rua porque achamos que seremos assaltados. (MARKO; REINHOLZ, 2021).

Baseada na perspectiva da raça enquanto elemento fundamental para categorizar indivíduos, entende-se ser necessário discutir sobre a construção social do que é crime e criminoso a partir do ponto de vista racial ou, como questionaria Angela Davis, quem define o que é crime e quem é criminoso? Tais definições perpassam fenômenos sociais que, historicamente, constituem a sociedade em que vivemos. Aspectos socioeconômicos, políticos,

---

<sup>20</sup> Faço uso das palavras de Thula Pires e Ana Flauzina sobre o significado de racismo para suas análises: “O sentido aqui empregado do racismo alinha-se com o conceito da antinegitude. A antinegitude é utilizada por autores e autoras que visam explicitar a singularidade da experiência negra na Diáspora. De acordo com esse arcabouço teórico, explicar a violência que assalta os corpos negros por meio da categoria do racismo não captura as diversas camadas do sofrimento negro. Entendemos que, no contexto brasileiro, o uso da expressão racismo tem um sentido político a ser disputado e é estruturante da gramática da resistência negra. Por isso, escolhemos seguir utilizando o termo, orientadas por um conteúdo que se aproxima da noção de antinegitude para a explicação dos fenômenos em torno da vida das comunidades negras no Brasil”. (FLAUZINA; PIRES, 2020, p.77).

<sup>21</sup> Referência à canção “Da Ponte pra Cá” de Racionais MC’s.

ambientais e, portanto, marcadores sociais como raça, classe, gênero e escolaridade são fatores cruciais para a construção e definição do sujeito criminoso.

A partir desses marcadores e do imaginário social que inferioriza corpos negros, cotidianamente são apresentados índices alarmantes de violência e mortalidade no país, que apontam a população negra como sendo a maior vitimada nestas circunstâncias. No entanto, contraditoriamente, estes mesmos sujeitos também são considerados como potencialmente homicidas e criminosos. Eis aqui um cenário socialmente construído. Trago esse breve parágrafo para apontar que, necessariamente, a discussão acerca das concepções de crime e criminoso – e da dissertação como um todo – será racializada e costurada com a construção social do sujeito negro a partir de um imaginário de subalternização desses corpos.

Para introduzir a discussão, mesmo que ainda sem abordar a dimensão racial, trago as contribuições teóricas de Michel Misse e sua concepção sobre a constituição do sujeito enquanto “bandido” a partir de seu conceito de sujeição criminal. Em um contexto brasileiro da década de 1950, o autor traz práticas de eliminação dos “criminosos” em semelhança à época do suplício europeu<sup>22</sup>, o que caracteriza um processo inicial de sujeição criminal. O conceito obteve novas concepções a partir de práticas criminais contemporâneas como o mercado de trabalho ilegal (contrabando, prostituição, comércio da cocaína), que com sua expansão atraiu diferentes aglomerados urbanos oriundos de favelas, conjuntos habitacionais e periferias. O tráfico de drogas e suas dinâmicas comerciais e sociais é um exemplo de captura de indivíduos periféricos para servir a este mercado ilegal, constituindo-os, assim, enquanto sujeitos criminais que encontram no varejo das drogas uma possível saída para sua sobrevivência.

É nesse sentido que se constrói o imaginário social de sujeitos periféricos como potencialmente criminosos, como indivíduos fadados e propensos ao crime em função de sua localização espacial e classe social. Misse (2010) salienta que o processo de sujeição criminal não necessariamente diz respeito às ações praticadas por esses indivíduos, mas a um processo de “criminação de sujeitos” (p.21). O autor afirma que “não é alguém que comete crimes, mas que sempre cometerá crimes, um bandido, um sujeito perigoso, um sujeito irrecuperável, alguém que se pode desejar naturalmente que morra, que pode ser morto, que seja matável.” (MISSE, 2010, p.21).

A respeito deste mesmo assunto, porém sob outra perspectiva, a advogada e historiadora Ana Flauzina (2006, p.19) caracteriza crime como sendo algo que não existe como realidade ontológica, previamente constituída, e sim como “fruto da reação social” (controle) que rotula

---

<sup>22</sup> Para mais, ver Foucault (2014).

como criminoso determinados indivíduos. A autora atenta para uma ressignificação dos conceitos de crime e criminoso, deslocando estas concepções de uma abordagem individualista de condutas desviantes baseada primordialmente em características pessoais e posição na pirâmide social. Passa a dialogar sobre processos de criminalização de determinadas atitudes e sujeitos, os quais possuem dois paradigmas fundamentais para sua compreensão: 1) os impactos que o estigma de criminoso confere ao indivíduo e 2) a definição do que é crime segundo agências de controle social formal (Legislativo, Polícia, Ministério Público, Justiça). A partir disso, o papel dessas instâncias é ressignificado. Deixa-se de lado o papel de instituições de combate à criminalidade e passa-se a tomá-las como potenciais produtoras desse fenômeno. (FLAUZINA, 2006). Nesse sentido, não se vê mais o delinquente, mas os dispositivos que o atribuíram este rótulo. Flauzina ainda conclui: “como em toda ruptura de paradigma não se abandona necessariamente a fonte, mas se transforma o olhar.” (2006, p. 20).

As provocações de Flauzina nos instigam a refletir sobre o poder de decisão que as instâncias jurídicas possuem sobre a vida de determinados sujeitos, sobre colocar “etiquetas” construídas por um imaginário social da delinquência associada à pobreza. Vera Andrade, ao ser citada por Flauzina, traz que “os pobres não têm uma maior tendência a delinquir, mas sim a serem criminalizados.” (apud FLAUZINA, 2006, p.24). A seletividade criminal é o fator primordial para essa roda imaginária continuar girando e capturando, cotidianamente, sujeitos criminalizáveis. A prática delituosa ocorre em diversos estratos sociais, porém o processo de criminalização adquire diferentes traços a depender da posição social que o sujeito ocupa. A assertividade de Ana Flauzina a respeito desses processos criminalizadores complementa a discussão ao dizer que “as atribuições do sistema penal relacionam-se mais concretamente ao controle e perseguição de determinados indivíduos do que com a contenção das práticas delituosas.” (2006, p.25).

Desse modo, o pensamento de Ana Flauzina e Michel Misse se aproximam quando ambos provocam a discussão acerca dos indivíduos definidos como alvo pelo sistema de justiça criminal. A captura desses sujeitos perpassa marcadores sociais que os identificam para além de um potencial criminoso, englobando-os como “marginais”, “violentos”, “bandidos” (MISSE, 2010, p.4). No limite, o que ambos mobilizam, a partir de uma perspectiva do campo do Direito e da Sociologia, é a concepção de crime e dos processos de criminalização enquanto movimentos estratégicos e direcionados a determinado segmento social. Entretanto, a discussão se situa na “caçada”, subalternização, subjugação de determinados corpos. Nas palavras de

Flauzina, “a criminalidade é construída com base numa classificação de condutas por determinado nicho social que impõe o catálogo a todos os membros da sociedade.” (2006, p.19)

### **1.3.2 Processos de racialização: racismo estrutural em debate**

Neste trabalho, parte-se do princípio que é indispensável pontuarmos os dispositivos de raça e racismo enquanto construções históricas alicerçadas em paradigmas europeus, a relação intrínseca ao sistema capitalista e suas reformulações ao longo das décadas. Em vista disso, me apoiarei brevemente na intelectualidade e teoria crítica de Achille Mbembe em sua obra *Crítica da Razão Negra* (2014) e seus apontamentos sobre a construção do conceito de “Negro” atrelado ao pensamento racial europeu.

Antes de tudo, reafirmo a indissociabilidade do sistema prisional com a dimensão racial. Para tanto, julgo necessário contextualizar os passos de uma construção racializada e eurocentrada como forma de compreender os processos raciais que estruturam a sociedade contemporânea. Em seu livro, Mbembe resgata a tendência europeia de equivalência entre negro e raça, a partir de uma abordagem identitária voltada para si e não em um sentido amplo de pertença a determinado mundo ou sociedade. Em outras palavras, Mbembe assinala isso como sendo uma “lógica de auto ficção, de autocontemplação e, sobretudo, de enclausuramento” (MBEMBE, 2014, p. 10), que relega o negro a um lugar de repulsa social. O autor chama esse processo de “delírio” e traz algumas possíveis justificativas para que ele aconteça: o negro enquanto aquele ser que “vemos quando nada se vê e quando nada queremos compreender” (MBEMBE, 2014, p.11); o negro enquanto um ser exuberante irracionalmente; o negro enquanto um ser que ninguém desejaria ser ou ser tratado como tal. (MBEMBE, 2014). As afirmações do filósofo camaronês corroboram com uma construção minuciosa do sujeito negro enquanto corpo exótico e fetichizado. Um corpo histórico, mas cujos percalços e lutas pouco importam, visto que a pele negra o categoriza como um ser próprio para extinção. A cadeia e sua composição majoritária de sujeitos negros é o resultado desse delírio europeu que enxerga o negro como ser irracional, um padrão de corpo a não ser seguido.

Achille Mbembe contextualiza sua teoria em um cenário de expansão do capitalismo na Europa, juntamente com a onda neoliberal e os rearranjos sociais provocados pelo capital.

Somado a estas transformações, o autor salienta que ao sujeito negro são atribuídas novas condições de existência, deixando de remetê-los unicamente “aos genes de origem africana”, para passar a considerá-los como seres animados, solúveis, descartáveis e

pertencentes ao mundo inteiro (MBEMBE, 2014, p.18). A esse processo, Mbembe chama o devir-negro do mundo. Com isso, ainda que o negro passe a ser visto e considerado humano, toda a estrutura social de discriminação permanece e continua colocando estes sujeitos em situações limites e de extrema vulnerabilidade. Ainda que o negro, agora, faça parte do corpo social, das engrenagens de produção que sustentam o capitalismo, sua existência é continuamente ameaçada.

As breves considerações de Mbembe são articuladas diretamente com o conceito de Racismo Estrutural trazido por Silvio Almeida. Os apontamentos de ambos os autores dialogam entre si e trazem à tona fenômenos históricos para compreender a construção do negro enquanto ser coisificado, em transição para o campo do humano e, portanto, portador de vida. Todavia, uma vida passível de descarte e destruição.

Segundo Almeida (2019), a raça é utilizada para naturalizar desigualdades e legitimar a segregação e genocídio da população negra, colocando-a enquanto grupo “sociologicamente minoritário” (p.31). A raça enquanto fator fundante que estrutura a sociedade se coloca como central para o estudo das dinâmicas sociais. A datar do período colonial, a raça sempre foi elemento estruturante das sociedades ou, incorporando Juliana Borges (2019) nesta discussão, “a ‘fundação’ do nosso país acontece tendo a escravidão baseada na hierarquização racial como pilar” (BORGES, 2019, p.57). Os tempos modernos carregam essa herança de uma sociedade racializada e que se organiza a partir de dinâmicas raciais. Absolutamente todas as esferas sociais são atravessadas pela dimensão racial: família, política, economia, educação, saúde, instituições de controle social, dentre outras, são instâncias penetradas e orientadas pela raça, e é a partir do entendimento comum e histórico do que é raça que os fenômenos segregatórios passam a ser vigentes no interior dessas organizações.

Em seu livro “Racismo Estrutural”, Silvio Almeida enfatiza que o racismo é sempre estrutural e integra a organização econômica e política da sociedade. Complementa dizendo que “o racismo é a manifestação normal de uma sociedade, e não um fenômeno patológico ou que expressa algum tipo de anormalidade. O racismo fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea” (ALMEIDA, 2019, p.21). Estes mecanismos corroboram com a naturalização do racismo que estrutura a dinâmica social, tendo na figura do Estado o principal campo de poder e dominação que opera através de processos racializados. Ou seja, corpos negros são a mira da trama estatal e de seus dispositivos de controle e subordinação. Não é por acaso que vidas negras ocupam, majoritariamente, cargos subalternos, quando não informais, sem

qualquer tipo de direitos trabalhistas; que o trabalho doméstico é realizado pela maioria esmagadora das mulheres negras; que jovens negros e periféricos são os que mais morrem pelas mãos da polícia; que o Brasil é o terceiro país que mais encarcera no mundo<sup>23</sup>, ao capturar e aprisionar sujeitos, em sua grande maioria, negros.

Seguindo no pensamento de Silvio Almeida em relação ao modo como o racismo estrutural opera no corpo social e, no caso desta pesquisa, como ele se quantifica em indicadores sociais alarmantes no que tange a exposição e submissão das pessoas negras a situações limites, destaco alguns dados fundamentais para subsidiar a discussão em curso.

Tabela 1 – Quantitativo de homens e homens negros<sup>24</sup> (HN) na população prisional e na população em geral

Local	População prisional masculina	População de HN encarcerados	População de HN (total)
Brasil	643.964	384.135 (67%)	25,5%
RS	40.913	11.848 (34%)	21,5%
POA	4.536	1.859 (38%)	24,2%
PCPA	1.763	1.078 (38%)	-

Fonte: Elaborado pela autora com base em SUSEPE (2022); SISDEPEN (2022); IBGE (2021).

Parafrazeando Alves (2015), que analisa a prisão como um “espaço negro”, os indicadores apontados na tabela 1 são reflexo de uma política penal voltada para a criminalização de corpos negros. De antemão, saliento que a variável raça/cor especificamente no PCPA não foi facilmente encontrada nos bancos de dados disponíveis. A informação foi localizada apenas no sistema nacional de informações penitenciárias, visto que o órgão prisional do estado apresenta somente o quantitativo racial de todo o Rio Grande do Sul, sem estratificar por estabelecimento prisional. Com apoio no levantamento realizado, busca-se ressaltar alguns pontos como forma de compreender os dados trazidos para além do quantitativo numérico, considerando a constituição da prisão enquanto uma instituição atravessada e agenciada racialmente, isto é, uma instituição racializada que faz do corpo negro seu próprio combustível e, ao mesmo tempo, age como mecanismo de destruição desses corpos.

Parte-se do princípio de que a massa carcerária é formada, em grande medida, por sujeitos negros. Em que pese os índices mostrarem que os homens negros não somam a metade

<sup>23</sup> Informação do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN, 2019).

<sup>24</sup> Entre pretos e pardos (IBGE).

da população prisional do sul do país, é fundamental destacar alguns elementos que podem justificar ou explicar esse dado: a relação população masculina negra geral x população masculina negra prisional; a não autoidentificação enquanto sujeito negro; o processo de autodeclaração racial e a coleta do quesito raça/cor nos sistemas informatizados e a subnotificação das informações étnico-raciais.

Tendo em vista que a discussão de saúde e autodeclaração racial serão mobilizadas mais adiante, os indicadores sobre a proporção entre homens negros livres e homens negros privados de liberdade nos dá elementos para compreender como ocorre o fenômeno do superencarceramento desses sujeitos. Os dados nos mostram números alarmantes principalmente no estado do Rio Grande do Sul e na sua capital Porto Alegre, pois a conta parece não fechar. A prisão tem uma profunda conexão com a raça e o aprisionamento de sujeitos negros historicamente ameaçados, docilizados<sup>25</sup> e exterminados por um sistema de segregação racial. Ou, como aponta Michelle Alexander sob uma ótica estadunidense, por um sistema de casta racial que “denota um grupo racial estigmatizado e preso em uma posição de inferioridade pelo direito e pelos costumes” (2017, p.50).

Como afirma Alexander (2017, p. 51), “o encarceramento em massa opera como um sistema firmemente amarrado de leis, políticas, costumes e instituições que operam coletivamente para assegurar a condição subordinada de um grupo definido em grande medida pela raça”. O encarceramento de jovens negros é resultado expresso de uma política de morte que há séculos atribui ao negro a inferioridade humana. O racionamento de políticas públicas voltadas para esta população; o “delírio” de que estes sujeitos oferecem perigo à ordem social; o aval popular através de discursos que negam a existência do racismo; o deslocamento forçado da população negra para periferias, favelas, comunidades,<sup>26</sup> que são produzidos enquanto locais precarizados e subalternizados, contribuem para a “hipervigilância racial” (ALVES, 2015, p.29) de corpos negros e, como consequência, seu aprisionamento, quando não a retirada de sua vida.

O racismo estrutural enquanto fator extremamente complexo e concreto, que se manifesta na sociedade através de diferentes formas, culmina no aprisionamento de corpos negros em instâncias de controle que retroalimentam esse racismo a partir de ações

---

<sup>25</sup> Em termos foucaultianos, um corpo é dócil é um corpo que “pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (2014, p.134). Foucault ainda relaciona o conceito de docilização com o de disciplina dos corpos, o qual estabelece uma relação de sujeição e “fabrica corpos submissos (...) aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (FOUCAULT, 2014, p.135-36). O modo como o sistema penal funciona é a partir do adestramento dos corpos; do ajuste de condutas; do apagamento de sua própria subjetividade; do silenciamento de suas vidas. O intuito, enfim, é torná-los obedientes e úteis às engrenagens do sistema.

<sup>26</sup> Nas palavras de Mallart e Araújo (2021, p.11), “territórios urbanos onde se captura o grosso da massa carcerária”.

institucionais. Incorporo à discussão o pensamento de Enedina do Amparo Alves em sua dissertação de mestrado, em que ela menciona a prisão “não apenas como espaço de enclausuramento, mas também como a reiteração de uma ideologia de desumanização, exploração e morte (física e simbólica) do corpo negro” (ALVES, 2015, p.28).

Em se tratando de processos de desumanização para determinados corpos, provooco a seguinte indagação: de que forma a tríade território-crime-raça se intercrucza e possibilita pensar sobre a configuração do sistema penal no cenário contemporâneo? Ana Flauzina (2006) nos dá algumas pistas quando, alicerçada em Nilo Batista (2004), problematiza as roupagens dos quatro sistemas penais brasileiros: colonial-mercantilista; imperial-escravista; republicano-positivista e, contemporaneamente, o sistema neoliberal. A este último ela atribui o “aprofundamento dos ditames racistas” (FLAUZINA, 2006, p.84) que governam o atual sistema penal e parte do pressuposto da criminalização de classe somada à racial enquanto variáveis fundamentais para compor o sistema de justiça criminal.

[...] as classes perigosas que em nosso país historicamente encontraram seu refúgio na caricatura de um “gigantesco Zumbi que assombra a civilização, dos quilombos ao arrastão carioca”, estão agora se transmutando numa horda de excluídos sobre os quais deve incidir toda a engenharia de um controle penal cada vez mais sofisticado. [...] Seguindo com a sua funcionalidade aos projetos hegemônicos no Brasil, o racismo aparece novamente como a variável mais acessada na eleição dos indivíduos a comporem os bolsões de uma miséria encarada como instrumento para os fins de um extermínio assumido de maneira cada vez mais evidente pelo sistema penal. (FLAUZINA, 2006, p.84-5).

A autora ainda afirma que o sistema penal brasileiro possui o racismo como “marca de nascença irremovível” (FLAUZINA, 2006, p.85). É a partir dessas razões que o sistema prisional funciona sob a égide do encarceramento orquestrado pelo racismo. Os entrelaçamentos entre os conceitos de território, crime e raça demarcam o corpo alvo de adestramento, contenção e, portanto, o confinamento<sup>27</sup>. Deste modo, quando no início deste capítulo mobilizo a discussão sobre um território que funciona sob a gerência de instâncias militares e que compõe o sistema de justiça criminal, estes aparatos circunscrevem práticas sociais voltadas, preferencialmente, aos corpos negros e periféricos<sup>28</sup>. Isto é, a discussão que

<sup>27</sup> Para somar a essa discussão, quero trazer à tona a figura de Dona Maria Thereza dos Santos, mulher negra, mãe de 5 filhos sendo um deles sentenciado, cristã e abolicionista penal. Meu mais sincero respeito e admiração à sua luta e ativismo frente às barbáries operadas pelo sistema penal! Em *live* proferida no canal InformaSUS da UFSCAR em 2020 sobre Vidas no Cárcere, D. Thereza denuncia o seguinte: “a pessoa fica presa não pelo crime que cometeu, mas pelo CEP de onde mora e pela cor da pele”. (CONHEÇAM..., 2019).

<sup>28</sup> De acordo com o ObservaPOA (2022), em 2010 a região do Partenon contou com 28,5% (33.879 pessoas) da população negra total da cidade, ocupando, proporcionalmente, a 5ª colocação dos territórios que mais abrangem

está posta nos sugere que tanto o Central quanto o próprio território onde está inserido se constituem como lugares racializados, espaços onde o controle e a dominação são direcionados aos corpos negros, tanto os que estão em liberdade quanto aqueles que não a possuem.

Os conceitos mobilizados em torno da construção de um sistema penal baseado, rigorosamente, pela questão do território, sujeição criminal e raça, constituem o arcabouço analítico que auxiliam a compreender o funcionamento das prisões. Nessa perspectiva, ao longo da dissertação, busca-se desvendar se os marcadores sociais carregados pelo preso são fatores culminantes para a produção de saúde na vida intramuros. De fato, a combinação destes conceitos me permite entender sobre a prisão enquanto espaço majoritariamente negro e que, em sua gênese, foi construída a partir da noção de sujeição criminal-racial articulada com a de racismo estrutural e institucional. Ademais, contribuem para a leitura de práticas e significados históricos e sociais que circunscrevem o sistema penal, sob a ótica da raça enquanto elemento que traduz os efeitos segregatórios e violentos que recaem sobre os corpos negros privados de liberdade.

O panorama traçado até aqui buscou contextualizar a localização espacial do Central articulada à historicidade do território e seus significados sociais. Deste modo, foi possível depreender que o PCPA se localiza em uma área urbana caracterizada por ser uma zona de controle através de instâncias policiais e de saúde voltadas para grupos popularmente estigmatizados. Além disso, para que fosse possível introduzir a discussão central dessa dissertação (a saúde dos homens negros detidos no PCPA), foi mobilizada a análise sobre sujeição criminal e a construção racializada de corpos negros a partir do fenômeno do racismo estrutural e do encarceramento em massa, visto que o presente trabalho é atravessado e constituído pela questão racial.

---

peças negras. Segundo o estudo, em relação ao total da população residente, as regiões da Restinga, Nordeste (bairro Mário Quintana), Lomba do Pinheiro e Cruzeiro apresentam maiores índices de sujeitos negros habitantes. Vale destacar que todos os territórios mencionados apresentam importantes indicadores em relação às vulnerabilidades sociais.

## 2 DINÂMICAS DE SAÚDE NO PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE

### Só Licença

Licença, não agravando os outros,  
 Mas gosto de me consultar com a senhora.  
 Só de ver nossa raça,  
 A nossa dor já melhora.  
 Sou examinado,  
 Olha tudo, não deixa passar nada,  
 E quando pergunta como estou  
 Aqui é cadeia,  
 Sei o quanto guerreia,  
 Penso que está enganada.  
 Aqui é tanto sofrimento  
 E quando a senhora vem cá dentro,  
 Tem tanta gente precisando,  
 Ouve todo mundo com atenção.  
 Acaba a fila.  
 Lá fora tem gente esperando,  
 Tem aquele com Pressão Alta,  
 O que a Diabete não baixa.  
 Tem gente com hérnia pra fora  
 Os exames passando da hora.

Gente com dor de dente e como grita,  
 Dá logo remédio  
 E a senhora nem é dentista!  
 Tem gente precisando de bombinha,  
 Aliás, eu tenho que pegar a minha.  
 Não agravando a todos,  
 Faço logo minha consulta  
 E se a senhora não vem,  
 Recomeça nossa luta,  
 Procura atendimento  
 Hoje não tem.  
 Aguarda mais um momento,  
 Aguenta a dor, acostuma ao banimento.

(Andreia Beatriz)

O cerne desta investigação sociológica gira em torno de políticas públicas específicas para determinados segmentos populacionais como forma de viabilizar o acesso aos direitos sociais. Em vista disso, a discussão sobre políticas públicas será baseada em argumentos sociológicos e empíricos, não necessariamente na legislação que as sustentam. Certamente o caráter normativo não será desconsiderado, porém aspectos teóricos e metodológicos melhor subsidiarão a intenção da pesquisa.

O universo prisional é atravessado por inúmeros dispositivos<sup>29</sup>, sejam eles de controle, poder e manutenção das vidas dentro desse espaço. Diversas estratégias políticas perpassam este cenário através de ações voltadas ao próprio encarceramento, mas também à assistência social e jurídica, à educação, à previdência social e, no caso desta pesquisa, à saúde física e psíquica dos sujeitos aprisionados. Em vista destes exemplos, tomemos como mote a dimensão da saúde para compreendermos como esse direito humano se materializa dentro das prisões, mais especificamente na vida e saúde dos sujeitos negros encarcerados no PCPA.

Início a reflexão pontuando brevemente o que a Lei 7.210/84, que institui a Lei de Execução Penal (LEP), traz sobre a assistência à saúde ao sujeito privado de liberdade. O artigo 14 da lei aponta o seguinte: “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.” (BRASIL, 1984). Antes mesmo da Constituição Federal de 1988, que traz a saúde como dever do Estado e direito de todo e qualquer cidadão, e até mesmo anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS) de 1990, a LEP dá indícios de uma possível preocupação com a saúde dos presos, ainda que com um caráter curativo e médico-centrado. Importante salientar que nesta legislação a saúde e outras políticas tinham como objetivo principal “prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade” (BRASIL, 1984), não necessariamente efetivar o direito à saúde integral dos presos.

A saúde pública, enquanto direito inerente ao ser humano, possui caráter universal e de livre acesso a todos os sujeitos que dela necessitarem. No Brasil, a política de saúde se efetiva por meio do SUS, criado em 1990 através da lei 8.080 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.” (BRASIL, 1990). Como citado anteriormente, não trago as referidas leis para questionar sua materialização no interior das unidades prisionais, quando certamente a resposta seria positiva, visto que existem espaços voltados para saúde dos presos dentro das penitenciárias. Trago-as com o intuito de contextualizar e formalizar a discussão com base em arcabouços legais que legitimam os aspectos a serem estudados. Para além disso, a questão é compreender como e para quem essas legislações e políticas se efetivam.

---

<sup>29</sup> Para Giorgio Agamben, baseado em Foucault, dispositivo é “qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes.” (AGAMBEN, 2005, p.13).

## 2.1 SUS: UMA ILHA NO ARQUIPÉLAGO<sup>30</sup> PRISÃO

Início este subcapítulo contextualizando a lei 8.080/90 para, após, tensionar a articulação entre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) juntamente com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), ambas ancoradas pelo SUS, e como elas operam (ou poderiam operar) no interior das prisões.

A lei 8.080/90 é voltada para toda a população, sem distinção de gênero, raça, idade ou classe e se sustenta a partir de três princípios: universalidade, integralidade e equidade. O SUS é o maior e mais complexo sistema de saúde a nível mundial, contudo, na realidade brasileira, ele expressa contradição: ainda que os sujeitos oriundos das classes populares sejam os maiores usuários desse sistema, ele opera distintamente na realidade de cada um. A distinção se dá tanto pelo acesso inicial aos serviços quanto pelos atendimentos e encaminhamentos realizados pelas diferentes instituições de saúde. Aqui quero chamar atenção para a distribuição desigual de saúde entre sujeitos negros (especialmente mulheres negras), população indígena e quilombola, população LGBTQIA+, população em situação de rua, população privada de liberdade, entre outros segmentos historicamente discriminados e vulnerabilizados<sup>31</sup>.

Em meio a seara de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos humanos a determinados segmentos sociais, as ações estratégicas direcionadas às pessoas negras tiveram importante avanço normativo a partir da III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, ocorrida em Durban, África do Sul, no ano de 2001. A partir da Conferência de Durban, a qual buscou compreender as formas como o racismo tem operado no mundo e na vida do povo negro, o Brasil tornou-se signatário do Plano de Ação<sup>32</sup> e tinha como dever construir políticas de igualdade racial (GOMES, 2016).

Nilma Gomes (2016) aponta que “a institucionalização da pauta possibilitou diversos avanços, a começar pelos marcos legais que tornam possível transformar a política de promoção

---

<sup>30</sup> Em referência a Mallart (2019a).

<sup>31</sup> Para mais discussões sobre esse assunto, sugiro a leitura das produções científicas da Revista RADIS (c2018).

<sup>32</sup> “1. Insta os Estados, em seus esforços nacionais e em cooperação com outros Estados e com instituições financeiras regionais e internacionais, a promoverem o uso de investimentos públicos e privados com consulta às comunidades atingidas, a fim de erradicar a pobreza, particularmente naquelas áreas em que as vítimas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata vivem predominantemente; 2. Insta os Estados a tomarem todas as medidas necessárias e adequadas para por fim à escravidão e às formas contemporâneas de práticas análogas à escravidão para iniciarem um diálogo construtivo entre os Estados e implementarem medidas que visem a corrigir os problemas e os danos resultantes das mesmas” (DECLARAÇÃO DE DURBAN, 2001, p.25)

da igualdade racial em uma política de Estado”. Entre esses marcos estão a PNSIPN e o Estatuto da Igualdade Racial<sup>33</sup>, criado em 2010 pela lei 12.288. Oriundo das lutas e tensionamentos dos movimentos sociais, em especial o movimento negro e de mulheres negras, no dia 13 de maio de 2009, a PNSIPN foi instituída e tem como principal objetivo “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS.” (BRASIL, 2013). Em que pese ter sido instituída em 2009, a PNSIPN foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em novembro de 2006 após diversas reuniões, encontros e seminários. Enquanto parte do SUS, a PNSIPN surge como estratégia de combate ao racismo institucional no interior dos serviços de saúde e como dispositivo político e social que vai atribuir um novo olhar para as particularidades em saúde da população negra que, por sua vez, é a população que mais utiliza os serviços do SUS – 67% dos usuários do SUS são negros, sendo grande parte da população negra SUS-dependente, segundo dados de 2008 do IPEA (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011).

Como histórico da criação da política, na década de 1980 o movimento negro introduzia a noção de saúde da população negra que tomou seguimento com o movimento de mulheres negras na década seguinte, alicerçada em uma análise das desigualdades raciais em saúde que se mantiveram ao longo dos séculos (LOPES; WERNECK, 2010). As demandas em saúde da população negra colocavam-se como tema central de um sistema público e universal de saúde. As iniquidades em saúde emergentes e oriundas de um processo de adensamento das desigualdades sociais apontavam a urgência da formulação de estratégias políticas e sociais que dessem conta das particularidades de ser negro em uma sociedade estruturada pelo racismo.

Nessa perspectiva, Munanga (2014) vai nos dizer que as desigualdades sociais se caracterizam enquanto violações dos direitos humanos, principalmente o direito de ser, ao mesmo tempo, igual e diferente. A universalidade de grande parte das políticas públicas brasileiras faz com que atuem nas mazelas macrossociais enfrentadas pela população, no entanto, esta mesma universalidade pode não atingir as demandas de “micro” populações, que é o caso do SUS e da PNSIPN como política de ação afirmativa ou de “reconhecimento das diferenças” (MUNANGA, 2014, p.38). Nesse contexto, Munanga ainda nos desafia a

---

<sup>33</sup> Embora não seja o assunto central deste trabalho, o Estatuto foi um importante alicerce jurídico para o cumprimento das legislações nas três esferas do governo. A normativa busca “garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica. (BRASIL, 2010). Dentre outros itens, em seus artigos 6º e 7º, a presente lei faz menção à PNSIPN e à defesa intransigente do direito à saúde da população negra.

“combinar as políticas universalistas com as políticas diferencialistas” (2014, p.43) como forma de efetivar o acesso de toda a população aos direitos sociais.

Seguindo nesse fio analítico sobre políticas de saúde para populações específicas, antes mesmo de discutir sobre a PNAISP, é fundamental mencionar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), o qual foi instituído através da Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003 e previa “a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos.” (BRASIL, 2004, p.10). Não obstante, cabe frisar que o direito à saúde já estava previsto pelas seguintes legislações: a LEP em 1984, a CF em 1988, a lei 8142/90<sup>34</sup> e o próprio SUS em 1990. O plano ainda objetivava reorientar o modelo de atenção à saúde, deslocando da perspectiva médico-centrada, com vistas à integralidade das ações através de um atendimento intersetorial e com princípios epidemiológicos.

Onze anos mais tarde, mais especificamente em 2014, a PNAISP foi instituída após a avaliação da aplicação do PNSSP, onde foi constatada a necessidade de incluir efetivamente a população privada de liberdade (PPL) ao SUS (BRASIL, 2014). De acordo com a política, o plano previa aproximar a PPL aos serviços do SUS e planejar ações de atenção básica “para serem oferecidas por equipes multiprofissionais que atuam “in loco” nas unidades prisionais, não contemplando, entretanto, a totalidade do itinerário carcerário (delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais) e tampouco as penitenciárias federais.” (BRASIL, 2014, p.5). Com isso e em função do aumento expressivo das taxas de encarceramento ao longo dos anos, a política buscou incluir definitivamente toda a PPL aos serviços de atenção à saúde do SUS.

Em seu documento oficial, a PNAISP ainda pontua como objetivo garantir o acesso da população penal aos serviços da rede do SUS, através do atendimento dentro da própria instituição penal ou encaminhamento para os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ainda mobiliza os conceitos de integralidade, prevenção e promoção da saúde como forma de garantir esta política pública, destacando as ações da unidade de saúde prisional como porta de entrada principal para o atendimento dentro dos estabelecimentos prisionais.

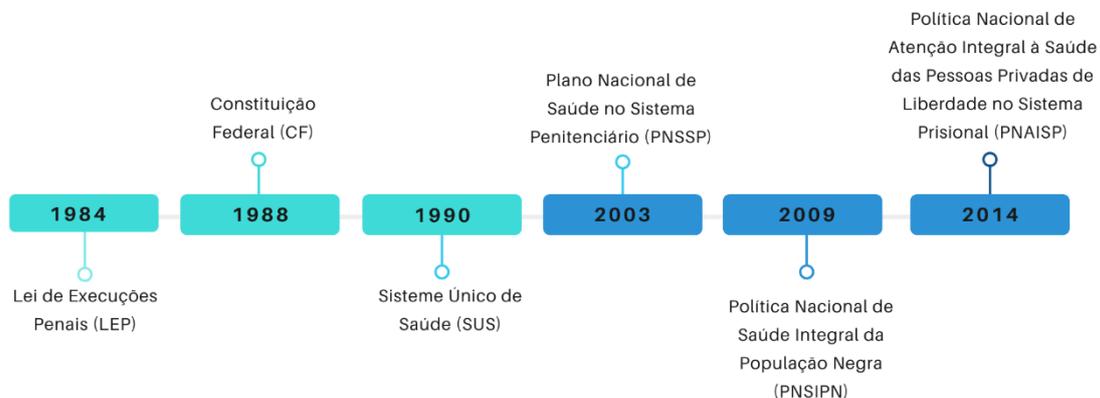
É fato que ambas as políticas buscam promover e garantir a política de saúde para determinada população. Contudo, no tocante às intersecções entre elas, foi possível notar que a PNAISP não pontua a questão raça/cor em suas ações, nem mesmo para caracterizar a

---

<sup>34</sup> A lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

prevalência de sujeitos negros no sistema prisional. Em contrapartida, a PNSIPN, dentre outros, traz dois pontos dentro do que nomeia “Estratégia de Gestão” relacionados à população prisional: “III – fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei.” e “XV – articulação desta Política com o PNSSP.” (BRASIL, 2013, p.28-9). Em meio a este emaranhado de legislações e políticas, como forma de melhor ilustrá-las a quem irá ler esta dissertação, abaixo segue linha do tempo apresentando o histórico de criação das principais políticas públicas que balizam este trabalho.

Figura 1 – Linha do tempo de instituição das políticas públicas



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Diante do contexto e significados atribuídos à prisão e ao preso, não vislumbro que a política de saúde prisional possa problematizar o que representa ser um sujeito negro encarcerado em uma sociedade estruturada pelo racismo. De todo modo, reitero que o objetivo desta dissertação não é ir ao pé da lei, nem mesmo apontar as possíveis “falhas” e dissonâncias que existem no sistema. Estou partindo dessas legislações entendendo-as como algo que circunscreve certo campo político e institucional para compreender seus modos de operação práticos, ou seja, como elas se atualizam na prática concreta do sistema prisional. Dito em outras palavras, como, a partir da observação das dinâmicas relacionadas ao acesso à saúde no Presídio Central de POA, é possível descrever como se efetivam essas garantias e os serviços de saúde para a população carcerária, especialmente aos presos negros.

Considerando que o escopo central desta reflexão é a PNSIPN, retomo Silvio Almeida (2019) quando, em sua obra “Racismo Estrutural”, trata sobre ações específicas para populações específicas. O autor conceitua *discriminação positiva* como sendo uma “possibilidade de atribuição de tratamento diferenciado a grupos historicamente discriminados com o objetivo de

corrigir desvantagens causadas pela discriminação negativa – a que causa prejuízos e desvantagens” (ALMEIDA, 2019, p.34). A PNSIPN é um exemplo de discriminação positiva voltada para atender o direito à saúde historicamente negado à população negra. Junto com outras políticas afirmativas, é uma forma concreta de corrigir os efeitos que o racismo imprime à saúde física e psíquica dos sujeitos negros. Mais ainda, a PNSIPN é um movimento de resistência e existência de uma maioria populacional<sup>35</sup>, em um contexto que ainda segrega e subalterniza vidas negras.

Almeida (2019) afirma que o racismo que se materializa através da discriminação racial possui “caráter sistêmico”, ou seja, não se reduz a um único ato discriminatório, mas sim é um processo de subalternização e privilégios que se distribuem de maneira distinta entre os grupos racializados e que se reproduzem em diversos âmbitos da vida cotidiana. O advogado e intelectual ainda considera que o racismo “articula-se com a segregação racial, ou seja, a divisão espacial de raças em localidades específicas [...] como de frequência exclusiva para membros de determinados grupos raciais” (p.34). É nesse cenário que as prisões se inserem e é a partir dessa mesma conjuntura que se articula a defesa de dispositivos que atuem na contramão de dinâmicas racialmente segregatórias e da distribuição desigual de saúde.

Assim, buscou-se analisar os pontos de aproximação e distanciamento entre as políticas mencionadas. Enquanto a PNAISP trata explicitamente sobre a saúde dos sujeitos negros sem aludir a questão racial, a PNSIPN mobiliza ambas as esferas e propõe estratégias de ação nos serviços de saúde. Por isso a ideia é, do ponto de vista das experiências dos profissionais da saúde da UBSp do Central, observar como essas legislações e normativas circunscrevem práticas sociais, e, ainda, como são manejadas e significadas por estas pessoas, com vistas a compreender os seus efeitos sobre os corpos negros encarcerados.

## 2.2 OS AGENTES DE SAÚDE ENQUANTO PONTES PARA A EFETIVAÇÃO DO CUIDADO

Desde o princípio da minha trajetória acadêmica e profissional, considero que a representatividade de profissionais negros em serviços públicos implica na construção da identidade e consciência racial de si. É inquestionável o que significa ser um usuário negro do SUS e ser atendido, tratado por um profissional também negro. É uma forma de enxergar no outro um pouco de si e dos seus. Aqui quem vos fala é uma profissional e usuária do SUS que

---

<sup>35</sup> Segundo o Censo 2010 do IBGE, 51% da população brasileira se autodeclara negra (pretos e pardos).

se autodeclara preta, portanto, para todos os efeitos, essas afirmações são frutos de experiências vividas no cotidiano profissional e pessoal da autora deste trabalho.

Considerando isso, o quesito raça/cor não poderia passar despercebido no questionário destinado aos profissionais da UBSp do Central. Além da questão racial, foram levantadas as seguintes informações: identidade de gênero, idade, profissão exercida dentro da UBSp e tempo de trabalho na instituição. Contudo, tendo em vista a relevância das informações para os fins deste trabalho, serão trabalhados os seguintes dados: raça/cor, identidade de gênero e profissão exercida. Abaixo, trago alguns resultados da pesquisa no que se refere ao perfil das pessoas entrevistadas, para, após, tecer uma reflexão acerca do exposto.

Quadro 1 – Perfil dos profissionais entrevistados

<b>Nome fictício</b>	<b>Identidade de gênero</b>	<b>Raça/Cor</b>	<b>Idade</b>	<b>Profissão exercida no PCPA</b>	<b>Tempo de trabalho no PCPA</b>
<b>Sônia</b>	Mulher cis	Branca	40-50 anos	Assistente Social	Mais de 10 anos
<b>Leandro</b>	Homem cis	Branca	40-50 anos	Psicólogo(a)	Mais de 10 anos
<b>Lúcia</b>	Mulher cis	Preta	40-50 anos	Assistente Social	1-5 anos
<b>Débora</b>	Mulher cis	Branca	30-40 anos	Enfermeiro(a)	Mais de 10 anos
<b>Júlia</b>	Mulher cis	Branca	Acima de 50 anos	Psicólogo(a)	Mais de 10 anos
<b>Eunice</b>	Mulher cis	Branca	30-40 anos	Enfermeiro(a)	Mais de 10 anos
<b>Neuza</b>	Mulher cis	Preta	30-40 anos	Enfermeiro(a)	1-5 anos
<b>Inês</b>	Mulher cis	Preta	30-40 anos	Técnicos(as) e Auxiliares de Enfermagem	Mais de 10 anos
<b>Renato</b>	Homem cis	Branca	18-30 anos	Técnicos(as) e Auxiliares de Enfermagem	Até 1 ano
<b>Cecília</b>	Mulher cis	Branca	30-40 anos	Técnicos(as) e Auxiliares de Enfermagem	5-10 anos
<b>Tereza</b>	Mulher cis	Parda	40-50 anos	Técnicos(as) e Auxiliares de Enfermagem	5-10 anos

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados de pesquisa (2022)

De acordo com o DATASUS, a UBSp do PCPA está cadastrada no sistema de estabelecimentos desde o ano de 2012, dois anos após a sua inauguração em meados do segundo semestre de 2010 quando a parceria entre o estado do RS e a Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN) foi firmada com vistas ao atendimento à saúde dos presos (ESTADO..., 2022). Ainda conforme este sistema informatizado, em 2022 a UBSp conta com 23 profissionais dentre as profissões elencadas para essa pesquisa<sup>36</sup>: 12 técnicos(as) de enfermagem, 5 enfermeiros(as), 3 psicólogos(as) e 3 assistentes sociais. No entanto, como apontado nos gráficos acima, a coleta de dados resultou em 12 participantes, em sua maioria técnicos(as) de enfermagem que somaram 5 profissionais, dentre os quais 3 são mulheres cis que se autodeclararam negras. Importante frisar que os técnicos de enfermagem são a maioria dos profissionais que atuam diretamente na saúde dos presos, visto ser uma profissão de base para diversos atendimentos.

No que tange aos dados desagregados por raça/cor, a maioria dos(as) profissionais se autodeclararam brancos (7 pessoas – 58%), restando 5 pessoas (41%) que se identificam como negras (pretas e pardas). Como é possível perceber através dos gráficos, 10 das 12 pessoas entrevistadas se autodeclararam mulher cisgênero, o que corrobora com o fato da figura feminina ser maioria em profissões de cuidado e acolhimento, principalmente Enfermagem e Serviço Social. Por outro lado, em que pese o escopo da pesquisa ser relativamente pequeno, as mulheres negras são as que mais ocupam cargos de nível técnico (técnicas de enfermagem) e aos profissionais brancos (homens e mulheres cis) são atribuídos, em sua maioria, cargos de nível superior (enfermeiros e psicólogos).

Ao longo da dissertação os participantes serão identificados por pseudônimos escolhidos aleatoriamente. Para identificar as profissionais negras serão utilizados os seguintes nomes: Lúcia, Neuza, Inês e Tereza. Já os profissionais brancos serão identificados como: Sônia, Débora, Júlia, Eunice, Cecília, Leandro e Renato. Julga-se relevante demarcar a raça/cor do profissional, visto que esta informação pode refletir em sua prática de trabalho e no seu olhar para com o outro. Reforço esta fala com um trecho do poema “Só Licença” de Andreia Beatriz, militante da “Reaja ou Será Morta, Reaja ou Será Morto”, Mestre em Saúde Coletiva e Médica de Família e Comunidade em uma unidade prisional em Salvador/BA:

---

<sup>36</sup> Ainda que médicos(as) clínicos estivessem como público-alvo da pesquisa, nenhum profissional dessa categoria respondeu ao questionário enviado.

Licença, não agravando os outros,  
 Mas gosto de me consultar com a senhora.  
 Só de ver nossa raça,  
 A nossa dor já melhora.

Em relação às respostas dos profissionais, elas serão tratadas e codificadas a partir de três categorias de acordo com o assunto questionado, a saber: I – “Doutora, quero um desinflamatório”<sup>37</sup>: sobre existir saúde na cadeia; II – Saúde, meu lugar<sup>38</sup>: sobre ser profissional de saúde em uma prisão; III – O SUS pintado de preto: construção de uma saúde prisional racializada.

### 2.2.1 “Doutora, quero um desinflamatório”: sobre existir saúde na cadeia

Aqui, busca-se provocar reflexões sobre a possibilidade de existir saúde dentro de um cenário insalubre e de constante ameaça à vida. No caso do Central e de outras prisões, considera-se a saúde como ausência de doenças, dadas as condições de sobrevivência em que se encontram o preso. Ademais, considerar-se-á este direito como resultante de determinantes sociais extra e intramuros, operado por instituições de saúde e pelo contexto social em que o preso se insere.

No tocante aos resultados da pesquisa, para a maioria dos profissionais, saúde significa um estado de “*bem-estar físico e mental*”. Entretanto, destaco a seguinte fala:

Atendimento **biopsicossocial**, olhar holístico em relação ao paciente buscando atender da melhor forma possível todas as suas demandas e necessidades de atendimento. (Eunice – mulher autodeclarada branca)

Historicamente a saúde era voltada para o paradigma biomédico, assistencialista e curativo. No entanto, após o movimento da Reforma Sanitária em meados de 1970, a política de saúde ganhou novos contornos.

A compreensão sobre saúde passa de uma condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista dos mecanismos do corpo humano para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente, nas relações sociais e subjetivas. (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011, p.525).

<sup>37</sup> Referência ao poema “Diagnóstico” de Andreia Beatriz (SANTOS, 2020).

<sup>38</sup> Referência ao poema “Saúde, meu lugar” de Andreia Beatriz (SANTOS, 2020).

A partir de novas configurações direcionadas à política de saúde, o paradigma biopsicossocial entrou em discussão, superando a lógica centrada na doença do indivíduo. A esta nova perspectiva atribui-se as seguintes características: o corpo humano é um ser múltiplo formado por aspectos biológicos, psicológicos e sociais, os quais, em constante interação e movimento, constituem de forma multifatorial o processo saúde-doença dos sujeitos; a lógica do estudo, da prevenção, da promoção e do tratamento em saúde fazem, agora, parte de um ciclo voltado para saúde integral dos usuários, deslocando a concepção de saúde como mera ausência de doenças; para além, neste novo modelo a saúde não é atribuição privativa do profissional da Medicina, mas passa a ser considerada a necessidade de uma equipe com outras áreas do saber (interdisciplinar) para que o direito à saúde possa ser exercido (BELLOCH; OLABARRIA, 1993 apud PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

O modelo biopsicossocial de atenção à saúde considera a integralidade e historicidade do sujeito, levando em conta seu meio social, suas relações e vínculos, suas estratégias de sobrevivência e seus percalços de vida. Em suma, esta perspectiva remete à discussão dos determinantes sociais de saúde (DSS)<sup>39</sup> como componente constitutivo da prevenção e promoção de saúde. Como é possível aferir de acordo com o público-alvo desta pesquisa, no cenário do PCPA a política de saúde é operacionalizada por uma equipe multiprofissional, em que cada profissão atua de acordo com suas atribuições, voltadas a um objetivo comum que é assegurar o direito à saúde da pessoa presa. É o que nos apontam as falas que seguem:

O acesso a saúde é um dever do Estado e direitos das pessoas privadas de liberdade, para que se tenha, se proporcione o acesso a unidade prisional deve contar com unidade de saúde (...). Importante frisar que maior parte da população prisional da CPPA (Cadeia Pública de Porto Alegre) vive em situação de **vulnerabilidade social**<sup>40</sup> sem acessos aos recursos de serviço social e saúde quando em liberdade, sendo que em aprisionamento conseguem acessar tratamento de saúde na rede pública. (Sônia – mulher autodeclarada branca)

<sup>39</sup> “A Comissão [Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde] adota uma perspectiva holística dos determinantes sociais da saúde. A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a consequente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população – o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades – e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera. Esta distribuição desigual de experiências potencialmente perigosas para a saúde não constitui, de modo algum, um fenómeno “natural”, sendo antes o resultado de uma combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas económicas injustas e política de baixa qualidade. Em conjunto, os determinantes estruturais e as condições de vida quotidianas constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países.” (OMS, 2010, p.11).

<sup>40</sup> O “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”. (LOPES, 2003, p.7)

A profissional Sônia elabora sua compreensão acerca da saúde dentro do complexo prisional em consonância com a CF de 88 e da legislação do SUS, apontando a saúde como dever do Estado e direito de todo e qualquer cidadão. Importante questionar: que tipo de saúde é possível existir dentro de um cenário como a prisão? E vou além: de que forma as ações estratégicas do SUS extra cárcere refletem na vida dos sujeitos presos? Sônia aponta o conceito de vulnerabilidade social como balizador do não-acesso aos serviços da rede intersetorial, o que pode resultar, portanto, no adensamento destas vulnerabilidades. Ela ainda delimita sua resposta quando verbaliza “a maior parte da população do CPPA”; população essa que sabemos qual é. Sobre o que a profissional aponta como vulnerabilidades, Fernanda Lopes (2003) vai citar três dimensões que nos auxiliam a compreender de que forma a população negra vive sob constante ameaça e violação de seus direitos básicos.

A primeira delas é a vulnerabilidade *individual*, à qual são atribuídos os “efeitos adversos da integração (inserção social) que pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas”; a segunda é a vulnerabilidade *programática*, que pode ser entendida como a “invisibilidade de suas necessidades específicas nas ações e programas de atenção e prevenção”. Já a vulnerabilidade *social* se refere à “inserção social desqualificada, desvalorizada”. Quando mobiliza estes conceitos, Lopes se refere à população negra como principal alvo dessas vulnerabilidades e dialoga com o campo da saúde.

Não se trata de hierarquizar as vulnerabilidades e apontar a que provoca mais ou menos danos aos sujeitos negros, a questão é colocá-las como uma das pontas de um “guarda-chuva” de elementos que contribuem para a permanência de sujeitos negros em situações limites, em situações extremas, de ameaça à vida e à liberdade. Entende-se que uma vulnerabilidade acarreta outra: ainda que o discurso hegemônico profira que alguns agravos em saúde são mais recorrentes em pessoas negras, estudos como a própria discussão dos determinantes sociais em saúde contestam e comprovam que a diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HAS), por exemplo, não atingem sujeitos negros pelo simples fato de ser negro. Muito pelo contrário: os índices destas comorbidades na população negra são maiores tendo em vista as condições socioeconômicas a que essa população está sujeita, além da dificuldade de acesso aos serviços da rede pública provocada pelo racismo institucional.

Portanto, em que pese a profissional Sônia trazer o conceito de vulnerabilidade como não acesso aos serviços da rede externa ao cárcere, a discussão se amplia a partir do momento

em que passamos a compreender vulnerabilidade como uma expressão social<sup>41</sup> de inúmeros e contínuos processos de negação dos direitos às populações subalternizadas e ao sucessivo desmonte das políticas públicas. Desse modo, a privação da liberdade também é uma expressão social, fruto de vulnerabilidades anteriores que se moldam e se agudizam para seguir deteriorando os corpos negros. Na vida intracárcere, como a própria profissional (Sônia) pôde verbalizar, a saúde ganha novos contornos e parece ser mais possível de existir tendo em vista o caráter de confinamento e centralização do cuidado em um único lócus. Contudo, ainda que Sônia considere que o acesso à saúde na prisão é melhor se comparado ao mundo externo, em outras questões ela menciona que as dificuldades de acesso à saúde ocorrem devido à superlotação e à precariedade de recursos humanos e materiais que a UBSp do Central oferece. Além disso, a fala da profissional tensiona com dados e estudos que, até o momento coletados, discutem a saúde prisional como algo frágil, fragmentado e tão vulnerável quanto a própria experiência do encarceramento na vida dos presos.

Ao também ser questionada sobre como percebia a efetivação da saúde dentro do PCPA, a técnica de enfermagem Cecília (mulher autodeclarada branca), responde o seguinte:

**Ter saúde estando dentro do sistema prisional é muito mais difícil do que promover saúde.** Por mais que haja um serviço de saúde estruturado e amplo, o ambiente por si só é estressante, gerando desconforto e ansiedade aos que ali estão, o que na minha opinião é o principal fator de adoecimento e sofrimento mental.

Ainda que, de fato, a profissional Cecília traga a existência de saúde através das ações da unidade de saúde prisional, assim como mencionado pela fala da profissional Sônia, Cecília traz o direito à saúde sob um outro ponto de vista. Não menciona o caráter normativo da política, porém, reconhece que as condições de existência da prisão influenciam na produção de saúde. Ademais, pela sua fala é possível depreender que a profissional se refere tanto aos presos quanto aos profissionais que atuam no espaço.

Aqui me apoio no pensamento de Mallart e Godoi (2017) sobre o sistema prisional enquanto mecanismo que gerencia e transforma a vida dos detentos em vidas matáveis. Em tom de denúncia, os autores explanam sobre o sistema prisional paulista, rememoram o Massacre do Carandiru e apontam as artimanhas e perversidades operadas pelas prisões direcionadas à vida e morte dos presos. Em meio a essas artimanhas, o direito à saúde, ou melhor, a ameaça à

---

<sup>41</sup> Conceito utilizado no campo do Serviço Social que, genericamente, significam fatores e processos que adensam as desigualdades sociais provocadas e difundidas pelo modo de produção capitalista.

vida enquanto violação desta necessidade humana<sup>42</sup>, provoca o “adoecimento do corpo e da alma” dos sujeitos.

Não se pode olvidar que o ambiente prisional adoce o corpo e a alma. A saúde de ninguém passa ileso pelas péssimas condições de alimentação, pelo frio ou pelo calor extremo que emanam do concreto conforme a estação, pelos anos a fio dormindo no chão. [...] A escassez de médicos, enfermeiros, remédios e leitos adequados provoca em quem adoce na prisão um efeito que é quase o do homicídio doloso, e, quando se consideram as dimensões do sistema penitenciário, esse homicídio assume as proporções de um verdadeiro massacre, ainda que de forma mais lenta, gradual e imperceptível. Não há uma unidade, um local sequer no sistema prisional em que não exista um ou muitos doentes graves aguardando há meses por um exame, uma consulta, um remédio, um médico, um tratamento, uma cirurgia. A inexistência de assistência médica adequada no interior de uma prisão que adoce transforma enfermidades leves em doenças incuráveis; sintomas, em quadros irreversíveis; esperas, em óbitos. (MALLART; GODOI, 2017).

A fala de Lúcia, assistente social autodeclarada negra, complementa o mencionado por Cecília e corrobora com a reflexão de Mallart e Godoi:

Tendo em vista que o atendimento é pelo SUS, percebo com **demandas superiores ao que suporta a UBS, agravado pelas condições de higiene e conservação do local.**<sup>43</sup>

Diante das falas expostas, percebe-se o desafio permanente que é operacionalizar o SUS em um estabelecimento prisional. Não o SUS medicamentoso e procedimental, mas o SUS com base em seus princípios da integralidade do sujeito, seu histórico de vida e de saúde. Os limites para a execução do SUS na prisão esbarram em aspectos arquitetônicos, de condições insalubres, de questões até mesmo regulamentais, considerando os fluxos internos para acesso ao serviço de saúde. É o que nos diz Leandro, psicólogo autodeclarado branco:

[o acesso à saúde ocorre] quando identificados na **triagem** do setor técnico, nos pronto atendimentos ou recebidos **pedidos de atendimentos por parte dos custodiados ou de colegas** que pedem atendimentos para eles (avaliação, por exemplo, de aspectos psicológicos), havendo necessidade são encaminhados para a UBS. O contrário também ocorre, ou seja, **encaminhamentos de outros setores para o setor técnico.**

<sup>42</sup> Conceito mobilizado pela assistente social Potyara Pereira que, sinteticamente, se refere aos “efeitos do não atendimento contínuo de necessidades socialmente compartilhadas. O método consiste em verificar se as consequências desse não atendimento causam sérios danos, ou prejuízos, isto é, se produzem degeneração efetiva na integridade física e na autonomia das pessoas a ponto de condená-las a uma vida sub-humana.” (PEREIRA, 2012).

<sup>43</sup> Conforme estudo da CPI do Sistema Penitenciário Brasileiro, em 2009 o Central (ou “Masmorra do Século XXI”, conforme nomeado pela CPI) foi considerado o pior presídio do país devido às suas condições inóspitas e degradantes. Outro elemento que corrobora com este levantamento é o retratado pelo documentário “Central – o poder das facções no maior presídio do Brasil”, de 2016. Além disso e com sua devida importância, a experiência vivida e relatada pela autora deste trabalho reafirma o cenário trágico que o PCPA apresenta.

Lúcia, assistente social autodeclarada negra, segue a mesma linha de raciocínio de Leandro ao responder a mesma questão:

[o acesso se dá] Através da identificação da demanda por parte da equipe (servidores) ou por **solicitação do próprio paciente**. Além disso, temos **Agente de Saúde em todas as galerias**.

Ou seja, ainda que em determinadas situações o preso possa acessar a UBSp por “livre demanda” ou “demanda espontânea”, em outras o acesso é condicionado à avaliação de outro preso ou de algum profissional. Semelhante ao que ocorre fora das muralhas, tendo em vista que as unidades de saúde são “portas abertas” e também funcionam a partir da avaliação/identificação pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e por encaminhamento de outro equipamento da rede de serviços. Sobre estes fluxos para o acesso e os efeitos gerados na saúde dos presos pela condição do encarceramento, Mallart e Godoi (2017), analisam da seguinte forma:

no ambiente prisional, o descaso com a saúde tem consequências ainda mais mortíferas, seja pela precariedade das condições de existência, seja pela impossibilidade de o preso buscar autonomamente alternativas, ficando à mercê de um agente de segurança penitenciária ou de um diretor de disciplina. Ademais, pesam também as enfermidades da alma, que derivam da indiferença da justiça, da violência cotidiana, da ausência da família e de outras mazelas amplamente disseminadas [...]. (MALLART; GODOI, 2017)

Sobre as condições estruturais e sanitárias da prisão<sup>44</sup>, o que impacta diretamente na (não) produção de saúde, retorno à discussão dos determinantes sociais em saúde (DSS) e seu

---

<sup>44</sup> Em artigo que denuncia as condições estruturais e sanitárias das prisões do Rio de Janeiro, as quais culminam e aceleram a morte dos presos, Mallart e Araújo (2020) analisam sobre a causa mortis dos sujeitos através de um processo de subnotificação e ocultamento dos dados pelos órgãos governamentais. Na pesquisa, os autores explicam o seguinte cenário como propício para o adoecer e falecimento destas pessoas: “Sujeira e calor misturam-se ao ambiente, que acumula lixo de todos os tipos, o que acarreta um mau cheiro peculiar e a proliferação de determinados insetos, como baratas, mosquitos, lacraias e percevejos. [...] Os presos informaram que a água é aberta 5 vezes ao dia, por cerca de 20 minutos, o que não é suficiente e fica claro quando cada cela possui em média 150 detentos”. No Presídio Central o cenário é semelhante, de acordo com o que foi possível ver no documentário sobre a casa, o qual mostrava as condições insalubres para sobrevivência. Ainda, como forma de corroborar com os efeitos perversos desta realidade, no documentário o juiz Sidinei Brzuska verbaliza que até o momento da gravação (2016), no Central ocorreram 89% de mortes por questões de saúde e 11% por causas violentas. A questão que está posta é que, conforme o próprio artigo já citado e outras produções mobilizadas nesta dissertação, as mortes na prisão ocorrem por causas evitáveis e preveníveis, ou seja, o tratamento é ofertado pelo próprio SUS, contudo, as tecnologias de morte fazem parte do modus operandi das prisões.

enfrentamento através de ações voltadas à integralidade do cuidado<sup>45</sup> enquanto um dos princípios do SUS. O princípio da integralidade e, portanto, o entendimento de uma política de saúde intersetorial é o que potencializa sua execução em diferentes instâncias. Em sua pesquisa de graduação oriunda de estágio realizado no PCPA com vistas a analisar a implementação da PNAISP, Ferraz (2015, p. 51) vai nos dizer que

A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Portanto, ela exige a articulação dos profissionais, constituindo-se como um desafio ao sistema de saúde, sobretudo, nos diferentes espaços em que a saúde atua. No espaço prisional, esta articulação necessita romper com processos instituídos e cristalizados no que tange ao cuidado em saúde e a relação com os presos, sendo imprescindível a corresponsabilização das instâncias da segurança pública nesse processo, alterando a lógica de trabalho compartimentado, que prevalece nestes espaços.

A respeito do compartilhamento do cuidado, a assistente social Sônia (autodeclarada branca) aponta que o PCPA age da seguinte forma quando é necessário atendimento externo à saúde do preso e, portanto, o compartilhamento de cuidados através dos diferentes níveis de atenção e assistência do SUS<sup>46</sup>:

[...] quando a UBS não comporta a realização do procedimento os apenados são **encaminhados à rede pública de saúde**. Hospitais referência HVN (Hospital Vila Nova), HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre), HPS (Hospital de Pronto Socorro), GHC (Grupo Hospitalar Conceição).

Com base nesse trecho, questiono-me sobre a intencionalidade do encaminhamento à rede de serviços do SUS. A transferência do cuidado se reduz ao tratamento clínico deste preso, visto a ausência de recursos dispensados pelo PCPA? Ou há uma interlocução estratégica entre os serviços com vistas ao cuidado integral, continuado e de acompanhamento ao usuário? Há ainda uma terceira hipótese: existe a tentativa deste compartilhamento de cuidados, porém a realidade do Central inviabiliza sua concretude?

No âmbito da expansão e consolidação dessas políticas [refiro-me à saúde], o que se observa é a existência de um campo de tensões, materializado na coincidência entre

---

<sup>45</sup> “II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990)

<sup>46</sup> Atenção Primária à Saúde: caracterizada pelas UBS ou “postos de saúde”, com ações e atendimentos voltados à prevenção e promoção da saúde. A UBSp do Central se encontra neste nível de complexidade; Atenção Especializada: dividida entre atenção secundária (média complexidade) que realiza atendimento ambulatorial com especialidades médicas e atenção terciária (alta complexidade) que compreende o atendimento a nível hospitalar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

processos e práticas que cuidam e controlam, que visam expandir os direitos, mas que, no mesmo ritmo, cerceiam, excluem e constroem. (MALLART, 2019b, p.152).

Nesse trecho, cabe um testemunho de episódios que presenciei quando trabalhava no serviço de emergência de um hospital de grande porte de Porto Alegre. Durante minha trajetória profissional eu sempre busquei ter um olhar mais sensível ao atender usuários negros. Entendia suas particularidades e percalços para seguir os tratamentos em saúde devido às adversidades da vida humana. De fato, eu sempre me enxergava naqueles usuários, nas suas falas, dores e fazia disso um combustível para o fortalecimento e enfrentamento das situações. Não era nada diferente quando atendia usuários em privação de liberdade. Era incrível como seus corpos pareciam ter um raio x denunciando de onde vinham e quem eram. Bastavam essas informações e a emergência virava um rebuliço, palco de fofocas e discursos recheados de preconceito. A sensação de quase todos os trabalhadores era de insegurança e de perigo que o usuário poderia oferecer.

Em primeiro lugar, o usuário sempre comparecia ao atendimento algemado e escoltado por brigadianos. Ali já dizia exatamente quem ele era. Segundo que, muito rapidamente, ele passava pela classificação de risco e já entrava para consulta médica. Esse processamento me levou a indagação se essa prioridade era pela situação de saúde ou se para que passasse o menor tempo possível dentro do hospital e assim oferecesse menos perigo aos demais. Caso precisasse ser internado, o que com muito esforço era evitado, passava o tempo todo na companhia de um agente da BM e algemado ao leito.

Poderia elencar outros inúmeros exemplos vivenciados, como o envolvimento da supervisão da emergência para o atendimento de um indivíduo do Programa de Proteção à Testemunha; de um episódio em que uma usuária foi buscar atendimento e seu esposo, que era o acompanhante, estava em uso de tornozeleira eletrônica (nesse caso foi preciso avisar o serviço de monitoramento da SUSEPE). Tais situações causaram alvoroço entre os profissionais e sensação de medo constante. Nesses casos, o serviço de segurança do hospital estava sempre alerta.

Para além de apenas relatar ocorrências dentro de um serviço de saúde, a intenção é chamar a atenção para uma contínua e infinita violação de direitos baseada nos efeitos que o encarceramento provoca na vida dos sujeitos. Em sua tese, Mallart ilustra bem os conectores entre “punição, repressão e controle; saúde, assistência e cuidado” (MALLART, 2019b) nos processos e instâncias de garantia dos direitos sociais. Ele aponta para lógicas de gerenciamento que equipamentos judiciais operam sob a vida dos sujeitos atendidos, como, por exemplo, a

judicialização do encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), atividade que deveria ser realizada por um profissional da saúde; além da condicionalidade de frequência aos atendimentos em saúde mental como forma de manter o regime de progressão de pena.

As intersecções entre esta dissertação e a tese de Mallart dizem respeito a uma proposta de adoecimento e morte em vida da população prisional. Paulatinamente os efeitos são sentidos em diversas esferas: na produção precária de saúde no interior da prisão; no adoecimento e esgotamento dos profissionais frente a tanto descaso com essa população; nos discursos de ódio proferidos dentro e fora das muralhas que reagem positivamente às violações; no sujeito recém egresso do sistema que, após a liberdade “cantar”, descobre-se contaminado com sarna<sup>47</sup> e precisa de atendimento em saúde, só que, ao mesmo tempo, também precisa lidar com os olhares e feições sobre a sua condição atual.

Fábio Mallart reflete que essas populações são submetidas, de forma distinta, às condições de pobreza, à fome, às violências do Estado e à morte, e ainda estão sujeitas a uma distribuição da precariedade. Ele complementa mobilizando o pensamento de Butler:

distribuição essa que depende das normas dominantes no que diz respeito às vidas que são passíveis de luto ou que são dignas apenas de um luto marginal e episódico e, nesse sentido, já estão perdidas em parte ou completamente e, portanto, merecem menos proteção e apoio (BUTLER, 2018, p. 131 apud MALLART, 2019b, p.147).

Diante do exposto, a ideia deste tópico de discussão não foi contestar ou questionar a existência de saúde dentro na UBSp do Central, nem mesmo confrontar ou colocar em xeque as falas das profissionais. Pelo contrário, a intenção foi valorizá-las e conectá-las com o que está posto ao sistema prisional em termos de condições de existir saúde. Para mais, a interlocução com a vida e o SUS nas ruas, entendendo-as como instâncias indissociáveis, possibilitou ratificar como o aparato governamental opera controlando e gerenciando as vidas que se encontram sob a sua custódia. Custódia essa que, como vimos, não se esvai quando alcançada a “liberdade”. O governo da vida ou a “violência como forma de governo” (TELLES, 2019) sempre será a técnica mais utilizada para esses sujeitos.

### **2.2.2 Saúde, meu lugar: sobre ser profissional de saúde em uma prisão**

#### **Saúde, meu lugar**

Saúde, substantivo feminino,  
Sentimento íntimo,

---

<sup>47</sup> Situação real presenciada e atendida pela autora deste trabalho.

Um bem-estar.  
Lugar, substantivo masculino,  
Há de se chegar.

Espaço demarcado,  
Paragem, sítio, um local.  
Se junto os dois:  
Vida, cuidado, acesso.  
Saída, caminho, um novo universo.  
Refaz o fim, ponto de partida  
Um recomeço.

No limite que me expande,  
Na saúde, meu lugar.  
E, por mais que ande,  
Neste espaço, compartilho,  
Aprendo o que sei, me amplio,  
Melhoro o que sou,  
Me atento ao que ainda não vi.  
Observo este ser no aqui.

Num ato de amor,  
O alívio da dor  
Na extensão do outro em mim,  
Ofereço, divido,  
Experencio, incido  
Em toda minha humanidade.

(Andreia Beatriz)

Considero que o presente trabalho versa sobre a “produção do cuidado em situações extremas”, título dado à *live* proferida por Andreia Beatriz a qual debatia a possibilidade de existir saúde em uma situação extrema como o complexo prisional. Nas palavras de Andreia, trabalhadora da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>48</sup> Prisional há 15 anos, situação extrema é uma situação não-cotidiana, não-conceituada como normal. Ou seja, estar aprisionado significa estar em uma situação limite, de extremidade e, nas palavras de Andreia, de excesso.

Rememorando os resultados da pesquisa realizada sobre a atuação do profissional de saúde em situações extremas, quando questionado sobre as principais dificuldades de seu trabalho, Leandro, psicólogo autodeclarado branco, verbaliza o seguinte:

A dificuldade de atender a todas as pessoas que necessitam desse cuidado, pois são muitos os custodiados que ao entrarem para uma galeria estão sob o comando dessas, muitas vezes, tendo dificuldades para pedirem ajuda, para perceberem que precisam de ajuda, pois também existem **questões culturais que dificultam essa procura**. Contudo, papel principal do profissional de saúde (em psicologia), além de atender àqueles que pediram atendimento, chamar a todos independentemente de solicitações formais, ou seja, por requisições vindas das galerias.

---

<sup>48</sup> Para mais sobre APS, ver a página sobre Atenção primária à saúde, no site da Organização Pan-Americana da Saúde (2022).

Durante a fala da médica Andreia Beatriz, ela aponta importantes reflexões sobre as diferenças entre os conceitos de demandas em saúde e necessidades em saúde. A demanda entende-se como algo trazido pelo corpo ou pela mente do indivíduo, o adoecimento, aquilo demandado, solicitado pelo sujeito ou identificado pelo profissional. Já as necessidades fazem parte de um espectro maior de fenômenos. Em se tratando do contexto prisional, necessidades em saúde<sup>49</sup> podem ser consideradas as violações dos direitos básicos à comunidade presa. Violação do direito à alimentação, considerando a qualidade, insuficiência ou ausência de alimentos nos presídios; violação do direito ao saneamento básico, tendo em vista a insalubridade dos espaços; violação do direito à visita familiar, seja por motivações institucionais ou de punição ao preso.

A reflexão do interlocutor acima se aproxima muito das falas anteriores no sentido das dificuldades de promover saúde no ambiente prisional e sobre questões estruturais e de fluxos que inviabilizam o acesso à saúde. Ainda nos remete ao pensamento de Mallart sobre a forma de governo das prisões. Além deste, em sua pesquisa de campo, Jaqueline Machado (2017) relata o funcionamento para acesso dos presos ao serviço de saúde que existe dentro do Central. A temática principal de seu estudo é o tratamento para a tuberculose (TB) e como as movimentações internas influenciam nesse processo. Ela enfatiza a necessidade de agendamento ou requisição para que o preso possa receber atendimento e a eleição, pelo grupo de “presos favoritos”<sup>50</sup>, de um preso como “agente de saúde” para filtrar as necessidades que os demais apresentam e, de acordo com a demanda, encaminhar à UBSp.

Diante dos entraves e dificuldades expostos acima, fica *nítido* que não se pode falar em amplo e ilimitado acesso. Nem poderia ser, já que estamos falando de uma instituição total. Retira-se a autonomia dos sujeitos de transitar dentro do próprio espaço – já limitado – em que estão inseridos. Tem-se quase uma re-penalização, quando o indivíduo – que já teve constrita sua liberdade de ir e vir extramuros – tem, também, tal constrição intramuros. As sistemáticas de segurança extrapolam suas fronteiras e invadem o campo da saúde, limitando os indivíduos a buscarem um serviço que lhes é garantido por lei. (MACHADO, 2017, p.60).

A regulação dos atendimentos em saúde que, em grande medida, hierarquizam as dores e sofrimento dos apenados, extrapola os limites da sua queixa física. O que se apresenta nesses fluxos são estratégias sutis para o deixar morrer dessa população. A escassez de profissionais

---

<sup>49</sup> Um problema em saúde diz respeito a tudo aquilo que está fora dos padrões de normalidade para os atores sociais que estão analisando a situação, cujos padrões são definidos a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação. (VILASBÓAS, 2004 apud SANTOS, 2020b, p.13).

<sup>50</sup> Mencionado por Machado (2017) como os “líderes” ou “líder” de galeria.

de saúde para dar conta da demanda de atendimento também é um elemento que incide diretamente na forma como a saúde é manejada. Ainda que a UBSp do Central conte com uma equipe multiprofissional e tenha os hospitais de referência como retaguarda, a população adscrita é infinitamente maior e as comorbidades são agravadas por conta das condições estruturais e sanitárias do espaço. É o que nos relata alguns dos trabalhadores entrevistados, quando consideram que a escassez de profissionais técnicos é um dos principais desafios e dificuldades enfrentadas pelo serviço de saúde prisional. Lúcia, assistente social autodeclarada preta, resume esse ponto quando considera que “dar conta da demanda é um constante desafio”.

Nessas condições, o encarceramento significa muito além da perda da liberdade, que se constitui como direito humano, mas a fragmentação e ruptura da vida social. O processo de vida e morte desses sujeitos se constitui como fenômeno político subjugado a estruturas de dominação e poder. Isso é o que Foucault chamou de biopolítica e biopoder sobre as populações. Em sua obra “Em defesa da sociedade”, o autor traz a biopolítica enquanto tecnologia de poder que compõe um conjunto de processos controladores de natalidade, mortalidade e longevidade da população, os quais “justamente na segunda metade do século XVIII, juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos, constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica” (FOUCAULT, 1999, p. 290). Constituem-se políticas governamentais de controle sobre a vida dos indivíduos, estratégias que orientam condutas a serem seguidas e que, em meados do século XIX, introduziram na sociedade instituições de saúde e de assistência com caráter higienista e dominador. (FOUCAULT, 1999).

Alicerçado nessa obra foucaultiana, Silvio Almeida (2019) salienta que as mudanças socioeconômicas ocorridas a partir do século XIX modificaram a concepção de soberania que passou a ser o controle sobre a vida, sua manutenção e prolongamento e não mais a sua retirada, ou seja, passou a significar o poder de fazer viver e deixar morrer. O autor ilustra isso dizendo que “a saúde pública, o saneamento básico, as redes de transporte, o abastecimento, a segurança pública, são exemplos do exercício do poder estatal sobre a manutenção da vida, sendo que sua ausência seria o deixar morrer” (ALMEIDA, 2019, p.114).

Esse emaranhado de ideias nos remete ao que Mbembe (2016) vem a chamar de “necropolítica” ou “política de morte”. O conceito reflete sobre políticas arquitetadas para produzir a morte de determinadas populações, ou seja, políticas que estabelecem, através da morte dos sujeitos, a possibilidade de governar as populações. Nas formulações de Silvio Almeida (2019), a necropolítica constitui-se enquanto organização necessária do poder, em um

cenário no qual a morte é sobressalente a vida e que, portanto, a morte se justifica em nome dos riscos que podem afetar a economia e segurança do Estado. O necropoder atua na potencial exposição de vidas à morte e a processos que fazem morrer. As políticas de segurança e penitenciária são exemplos de mecanismos tanto biopolíticos (vidas vivíveis)<sup>51</sup> quanto necropolíticos (vidas matáveis), uma vez que operam na manutenção de vidas através de estratégias de controle populacional e, ao mesmo tempo, na produção da morte dessas mesmas vidas por meio da supressão de determinadas políticas.

Em contraponto à fala do psicólogo Leandro sobre as dificuldades e barreiras para o acesso à produção de saúde, quatro profissionais verbalizaram o seguinte ao serem questionadas se haveria aspectos negativos em trabalhar com a saúde na prisão:

**Não vejo/percebo pontos negativos** (Débora, Júlia e Eunice – mulheres brancas; Inês – mulher negra)

Contudo, uma delas, a enfermeira Eunice, aponta como principal dificuldade de seu cotidiano de trabalho a

**Transferência** dos pacientes, o que às vezes gera **descontinuidade de tratamentos**.

Em sua pesquisa, Machado (2017) concluiu que a transferência de estabelecimento prisional e até mesmo a não vinculação à UBS do território quando em liberdade é um elemento que contribui para a interrupção do tratamento da tuberculose<sup>52</sup>, especificamente. As motivações para a descontinuidade ou abandono do tratamento em saúde esbarram em fatores mobilizados anteriormente: falta de recursos humanos, questões culturais e de fluxos que ocorre dentro dos presídios e até mesmo a compreensão do usuário sobre sua condição de saúde. Sobre esse último aspecto, reproduzo as falas das seguintes trabalhadoras quando questionadas sobre os desafios e dificuldades com seu fazer profissional:

---

<sup>51</sup> Vidas vivíveis e vidas matáveis são termos que Giorgio Agamben (2010) traz em “Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua”.

<sup>52</sup> Vale lembrar que a TB é uma doença alta e facilmente transmissível e considerada como um problema de saúde pública. As condições insalubres de uma prisão agravam a propagação e transmissibilidade da doença. De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2019), no país, a taxa de incidência da TB na população prisional é cerca de 28 vezes superior à da população geral. Destaca-se que o esquema de tratamento completo para TB é relativamente longo (cerca de seis meses) e, geralmente, a administração medicamentosa é feita na UBS através do tratamento diretamente observado (TDO – ação de vinculação do usuário com o serviço de saúde através do monitoramento e apoio ao seu tratamento, além da ingestão supervisionada dos medicamentos).

[...] **resistência** do apenado ao tratamento (Tereza, técnica de enfermagem autodeclarada parda).

[...] **dificuldade de assimilação** dos pacientes com as informações passada para eles. (Neuza, enfermeira autodeclarada preta).

Alguns presos tem **dificuldade de entendimento e aceitação** no atendimento. (Renato, técnico de enfermagem autodeclarado branco).

Aqui arrisco propor três hipóteses que podem munir essa discussão. A primeira se insere no campo do estigma, vergonha em receber determinado tratamento, principalmente para aquelas patologias que, além do caráter clínico, são agravos de ordem social, como, por exemplo, TB<sup>53</sup>, HIV/AIDS e sífilis. A segunda hipótese seria o fator de culpabilização dos presos por não aderir ao tratamento. A terceira e última suposição seria um possível “governo terapêutico do cárcere” (MALVENTI, 2009 apud MALLART, 2019b, p.183) sobre as vidas que lá estão.

Em seu estudo, Machado (2017) trabalha especificamente sobre a tuberculose nas prisões. No entanto, a discussão que ela mobiliza se conecta aos outros agravos prevalentes no sistema prisional. Doenças como TB e HIV,<sup>54</sup> além de serem agravos de saúde pública, possuem relação direta com populações em situação de vulnerabilidade social, devido às condições de existência e sobrevivência desses sujeitos. Pessoas em situação de rua e privadas de liberdade são exemplos de populações mais expostas à transmissão de tais doenças.

De acordo com Goffman (2004, p. 6), o conceito de *estigma* significa

[...] um atributo que o (sujeito) torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser – incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem.

Entendidas enquanto doenças que carregam adjetivos discriminatórios e excludentes, o HIV, a TB<sup>55</sup> e também a sífilis, provoca que o sujeito internalize sentimentos de vergonha, medo de ter sua condição exposta e da reação de outras pessoas. Machado (2017) nos conta que

<sup>53</sup> Para mais, indico a pesquisa pelo projeto “Prisões Livres de TB” (2022).

<sup>54</sup> De acordo com o SISDEPEN (2021), HIV, TB e sífilis são os agravos que mais acometem a população prisional do Central.

<sup>55</sup> Não é à toa que na vida extramuros existem centros de tratamento especializados para a TB (CRTB – Centro de Referência em Tuberculose) e HIV (SAE – Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS). Sem dúvidas o objetivo dos serviços é oferecer atendimento especializado voltado especificamente ao agravo, no entanto, considera-se também uma forma de preservar e proteger o usuário de possíveis preconceitos em serviços da rede de atenção básica.

os profissionais do Central têm uma escuta sensível e qualificada em relação aos atendimentos à TB mas que, ainda assim, o acesso apresenta obstáculos em decorrência dos diversos fatores já elencados.

O outro pressuposto sugerido diz respeito à *culpabilização do sujeito* pelo seu quadro de saúde e eventual não adesão ao tratamento. É comum para profissionais que atuam na saúde escutarem discursos culpabilizantes, como se o usuário fosse o único e exclusivo responsável pelo seu tratamento. “Ah, porque fulano não se ajuda” ou “não veio à consulta porque não quis e ainda tirou o lugar de outro”, são frases comumente reproduzidas nos serviços de saúde. A corresponsabilização<sup>56</sup> do cuidado é fundamental para a adesão e continuidade do tratamento. O envolvimento da equipe multiprofissional de saúde, do preso e, se possível, de sua rede de apoio e afetiva, são elementos que fortalecem a promoção e recuperação da saúde do sujeito.

A terceira hipótese levantada, como já mencionado, refere-se à *gestão terapêutica* que o cárcere pode provocar. Em artigo para o jornal Le Monde Diplomatique Brasil, Mallart (2016) faz uma análise sobre o uso indiscriminado que presos e presas de um estabelecimento prisional de São Paulo fazem de medicações psiquiátricas como forma de manter-se e sobreviver em meio à dinâmica do cárcere. Embora o autor toque num ponto muito específico e sensível que é a saúde mental, os significados que a medicalização possui dentro das prisões se assemelha com outras patologias.

Nas prisões, sintomas decorrentes da própria experiência do encarceramento em massa são objeto de medicalização. As condições mortíferas do cárcere, produto de sua mecânica de funcionamento, desencadeiam efeitos físicos e mentais que são geridos via substâncias psiquiátricas. Nesse ponto, tais medicamentos operam como mecanismo químico de administração de corpos e mentes, possibilitando controles ilimitados. (MALLART, 2016).

Quando os interlocutores mencionam a resistência e dificuldade de assimilação do preso em compreender sua própria condição de saúde, interrogam-se os efeitos da assistência terapêutica na vida dos apenados. Ao mesmo tempo que verbaliza sobre a resistência deles, a profissional Tereza pondera que “a indiferença de alguns profissionais” é um dos pontos negativos ao se trabalhar nesse contexto.

Como mencionado anteriormente, as doenças prevalentes no meio prisional possuem estrita relação com a vulnerabilidade social, inclusive as de ordem psíquica. Aqui se esbarra

---

<sup>56</sup> A Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS (2003), prevê a participação conjunta de trabalhadores, usuários e suas famílias em processo de gestão do SUS e também na corresponsabilização do cuidado.

novamente no estigma e na concepção do preso enquanto não-humano e, portanto, não digno de cuidado. Contudo, entende-se e defende-se que o conceito de tratamento extrapola o aspecto medicamentoso. Ainda que o RHZE, a benzetacil, o antirretroviral, o diazepam e a carbamazepina<sup>57</sup> ofereçam a cura ou alívio dos sintomas, um plano terapêutico é fundamental para o desfecho satisfatório do tratamento. Mesmo que estejamos falando do ideal em detrimento do real, tendo em vista as condições estruturais e estruturantes da prisão, a defesa do direito à saúde com qualidade e equidade para a comunidade presa é constitucional, além de ser um dos elementos centrais desta dissertação.

### 2.3 O SUS PINTADO DE PRETO

#### Hoje

Doutora,  
 Hoje me dei conta,  
 A Reaja tá correta,  
 A conta bate certa,  
 Pra todo lado que olho,  
 Qualquer lugar que se aponta  
 Onde for no Brasil.  
 É sempre a mesma treta:  
 Cadeia só tem gente preta!

Tem genocídio negro acontecendo  
 É prisão, violência, são mais pretos morrendo,  
 Falta saúde, educação, falta emprego.

A Reaja me abriu os olhos  
 Pra necessidade de luta,  
 E se nossa caminhada é curta  
 Diante dos Malês, de Zeferina,  
 De heróis como Zumbi,  
 Tenhamos neles inspiração  
 E comecemos a luta hoje e aqui.

(Andreia Beatriz)

Como é possível perceber, cada item desta dissertação está sendo introduzido com um poema de Andreia Beatriz. As palavras da autora trazem sentido e fazem sentir sobre o assunto deste trabalho. Seus poemas servem como gatilhos para dissertar acerca de uma temática tão dura e cara a mim e a todos aqueles minimamente envolvidos pelo e através do sistema de justiça criminal brasileiro. Especialmente os sujeitos que se autodeclaram negros.

---

<sup>57</sup> Consecutivamente, medicações para tratamento de TB, sífilis, HIV/AIDS e psiquiátricas.

O presente item busca discutir a racialização da política de saúde no universo prisional, mais especificamente no PCPA, unidade de análise desta pesquisa. Para isso, dividirei a escrita em três subitens para melhor compreensão do assunto. O primeiro irá tratar sobre a coleta do quesito raça/cor pelos profissionais de saúde, através da autodeclaração racial dos usuários atendidos na UBSp do Presídio Central. O item subsequente irá versar sobre os agravos em saúde dentro do PCPA e sua reverberação nos corpos negros aprisionados. Já o terceiro e último item pretende trazer ao centro do debate a perspectiva racial da saúde prisional a partir da PNSIPN.

### **2.3.1 “Não vejo qualquer validade, exceto campo discriminatório”**

Em que pese a PNSIPN ser relativamente recente, conforme dito anteriormente, discussões sobre a saúde da população negra ocorrem desde a década de 1980 com o feminismo negro. Entretanto, somente em 2009 ela foi legalizada através da portaria nº 992 do Ministério da Saúde (MS). Oito anos mais tarde, precisamente em 1º de fevereiro de 2017, o MS lançou uma nova portaria que tratava sobre o preenchimento obrigatório do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação em saúde do SUS, através da autodeclaração do usuário.

Enquanto estratégia de gestão dos serviços de saúde, a coleta do quesito raça/cor por meio da autodeclaração dos usuários atendidos pelo SUS é imprescindível, pois contribui para a produção de informações epidemiológicas, para a definição de prioridades e tomada de decisão. (BRASIL, 2013, p.7). Para que isso se efetive, ressalto que a autodeclaração se coloca como um dos principais desafios para a efetivação da PNSIPN. A pesquisadora e militante do movimento negro Fernanda Lopes vai nos dizer que “a identificação racial pode ser opcional (de escolha) e contextual, depende da forma como a informação é solicitada e da repercussão social e econômica (benefícios e prejuízos) que essa categorização pode implicar.” (2006, p.85).

Com isso, a negritude autodeclarada apresenta divergência a depender do contexto social e espacial em que o sujeito está inserido. Ao utilizar serviços de saúde, essa divergência racial e até mesmo a não identificação enquanto negro coloca-se como barreira para a efetivação do quesito raça/cor. É a partir disso que Lopes (2006), ao referenciar K. Munanga (1986), aponta que “a cor ou pertencimento racial que alguém se atribui é confirmada ou negada pelo olhar do outro, podendo determinar uma dissonância entre o reconhecimento de si mesmo e o reconhecimento a partir do olhar do outro.” (LOPES, 2006, p.85).

A afirmação de Munanga corrobora com as práticas orquestradas pelos profissionais de saúde e sua dificuldade em questionar o usuário sobre sua autotranscrição racial. O que vemos são profissionais que preenchem indiscriminadamente o campo raça/cor dos formulários e sistemas de saúde, ou seja, a sua percepção visual é o que determina se tal sujeito é negro ou branco. De certa forma, tais práticas podem estar alicerçadas em valores e concepções profissionais e pessoais dos sujeitos, além das lógicas institucionais que recaem sobre sua atuação profissional. Contudo, os resultados da pesquisa apontam a negativa da coleta da variável raça/cor sob um prisma regimental e normativo que orientam o exercício do trabalho. Não há como afirmar, portanto, que o não preenchimento desse dado ou o seu preenchimento indiscriminado se traduz em uma prática racista para com os usuários negros atendidos. De todo modo, minha reflexão baseia-se, também, em experiências profissionais vividas em um serviço do SUS do município de Porto Alegre/RS, junto com a preocupação de como esses dados não fidedignos podem impactar nos levantamentos estatísticos, na formulação e aprimoramento das políticas públicas.

Os serviços de saúde da atenção básica do SUS fazem uso da plataforma e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) enquanto ferramenta informatizada para os atendimentos em saúde. Constitui um prontuário eletrônico que contém informações pessoais, clínicas e sociais do usuário, além da identificação do profissional que está realizando o atendimento e do serviço de saúde. Na UBSp não é diferente, tendo em vista que os profissionais participantes informaram que utilizam o e-SUS para registro de seus atendimentos.

O questionamento sobre se o processo de autodeclaração racial e a coleta do quesito raça/cor são realizados durante os atendimentos obteve as seguintes respostas:

**Sim, no momento da realização do programa porta de entrada**<sup>58</sup>, em que todos os pacientes que dão entrada na casa prisional são atendidos com vistas a realizar anamnese relacionada à saúde, focada principalmente em sintomáticos de tuberculose, realização de raio X, oferta de testes rápidos. (Eunice, enfermeira autodeclarada branca).

Sim. Pois a **raça/cor é autodeclarada**. (Cecília, técnica de enfermagem autodeclarada branca).

---

<sup>58</sup> Para maiores informações sobre o Programa Porta de Entrada do PCPA mencionado na primeira citação, ver a seguinte matéria no site da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul: <https://saude.rs.gov.br/presidio-central-e-premiado-por-eficiencia-no-tratamento-da-tuberculose>.

Enquanto principal instrumento normativo que baliza e orienta sobre a coleta do quesito raça/cor nos serviços de saúde, a PNSIPN aponta dentre seus objetivos específicos os seguintes:

V – Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados pelo SUS; VI – Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia. (BRASIL, 2013, p.19-20).

A fala da profissional Eunice relata uma estratégia de coleta do quesito raça/cor através de uma ação específica voltada para o diagnóstico precoce, prevenção e tratamento para os casos de TB. A anamnese que ela cita se caracteriza como uma conversa inicial com o usuário, um momento de escuta e coleta detalhada de informações que podem contribuir no seu processo de tratamento. Nesse caso, a informação fidedigna da variável raça/cor possibilita a mensuração dos casos de TB nas prisões pelo quesito racial, além da formulação de estratégias e políticas direcionadas a esse agravo. Embora seja possível encontrar um número significativo de estudos acadêmicos e manuais de recomendações sobre a tuberculose, inclusive nas prisões, pouquíssimas produções abordam o tema em uma perspectiva racial, especialmente no ambiente prisional, dado esse que, por sinal, foi muito difícil de encontrar durante a escrita desta dissertação.

No entanto, como Eunice e Cecília trouxeram, o dado existe, tendo em vista que ele é coletado. A questão que se coloca é: como se dá o registro e o tratamento desse dado? A quem de fato interessa essa informação? Aparentemente, ambas interlocutoras relatam a coleta do quesito raça/cor como uma prática burocrática, sem a reflexão de sua importância do ponto de vista social e político. Dessa forma, assim como as respostas negativas em relação ao registro da informação, a sua coleta de um modo procedimental se articula diretamente à maneira como esses profissionais executam suas práticas enquanto agentes de saúde. Diz respeito, também, às formas possíveis de produzir saúde em um cenário que o tempo todo a coloca em xeque. O que busco dizer, nesse sentido, é que as práticas que tangenciam a coleta da informação racial também podem ser consideradas como processos de racialização, uma vez que as correlações de força e poder que operam no interior da cadeia incidem diretamente no exercício profissional dos trabalhadores da saúde e, portanto, a raça enquanto parte desse jogo de poderes é classificada apenas como a coloração dos corpos.

Desse modo, o objetivo, com estas colocações, não é atacar individualmente nenhum profissional, mas compreender sua atuação à luz das lógicas de poder que regem o mundo prisional. Araújo et al. (2009, p. 2) nos chama a atenção ao defender que a “raça/cor deve ser

compreendida, não do ponto de vista biológico, mas como variável social que traz em si a carga das construções históricas e culturais, representando um importante determinante da falta de equidade em saúde entre grupos raciais.” Dito isto, importante frisar que a pesquisa realizada nos trouxe até as informações relatadas pelas interlocutoras. Assim, a reflexão baseada em suas falas permitiu a construção de hipóteses sobre o assunto mobilizado.

Saliento que de modo algum existe uma escala de importância sobre a vidas dos negros que estão dentro e fora do cárcere. Contudo, como ilustram as palavras de Mallart e Godoi (2017), a prisão tem o poder de transformar a vida dos presos em vidas matáveis e, a partir daí, gerar mortes em vida e mortes de fato. Nesse caso, as mortes e vidas são negras. Com isso, quero dizer que o quesito raça/cor identifica e promove a visibilidade de uma informação que pode gerar grande impacto à comunidade negra caso seja interpretada como uma forma de promover a equidade em saúde e o enfrentamento ao racismo institucional.

Os estudos mobilizados até aqui sempre buscaram propor uma leitura mais ampla do conceito de raça, entendendo que ela existe carregada de outros marcadores sociais que concedem ao sujeito negro o atributo de inferioridade. Os autores e autoras que tenho estudado categorizam a raça como fator histórico e relacional, ou seja, raça é um elemento essencialmente político, ainda que utilizada para naturalizar as desigualdades e legitimar o genocídio do povo negro (ALMEIDA, 2019). Como já afirmado anteriormente, neste trabalho a raça é elemento vital e impreterível. Através da sua concepção e do posicionamento dos interlocutores desta pesquisa, será possível refletir sobre os seus significados no interior das prisões, especialmente no Central.

Ainda sobre a mesma questão que aborda a coleta do quesito racial e seu registro nos sistemas informatizados do SUS, seis profissionais responderam **não** coletar a informação em seus atendimentos, sendo quatro deles são autodeclarados brancos e dois negros. Dentre as respostas negativas registradas, destaco a de Neuza, enfermeira autodeclarada preta: “Não, pois o foco está na queixa do paciente”.

Durante o ano em que experienciei a atenção primária em saúde como profissional, pude me dar conta do quão complexo é entender e avaliar o usuário em sua integralidade. De fato, quando ele chega, o olhar profissional volta-se quase que exclusivamente para sua queixa, para sua dor, para a demanda que apresenta. Nessa perspectiva, os atendimentos acabam se centrando na doença, na cura, no alívio da dor, o que nos remete aos primórdios da política de saúde e seu teor curativo.

Quando Neuza afirma que o atendimento é focado na demanda do usuário e não necessariamente na coleta da informação racial, ela reflete uma prática extremamente comum e enraizada nos serviços de saúde. Ainda que existam políticas, legislações e decretos que preconizam um atendimento específico e direcionado a determinados segmentos sociais, fatores de ordem política, cultural e estrutural impedem o seu alcance. Aqui recorro o princípio da equidade que traduz o proposto por esta discussão.

[...] reconhecimento de que é preciso tratar de maneira distinta aqueles que não se encontram em condições de igualdade, para que se alcancem relações mais justas (VIANNA, 2001). Sendo assim, lutar pela equidade significa atentar para as diferenças que geram situações de vulnerabilidade, promovem desvantagens e se transformam em injustiças. (ARAÚJO et al. 2009, p.3).

Em que medida as diversidades de gênero, raciais, geracionais e de classe geram as desigualdades sociais? De que forma as intersecções entre raça e territorialidade (nesse caso, o território prisional) podem contribuir para o adensamento dessas desigualdades? Diante do que já foi exposto, o que as respostas negativas e positivas parecem indicar em relação à saúde no interior do Central? Uma pista é o que Jaciane Milanezi nos aponta quando menciona em sua tese de doutorado que “o silêncio é organizacional” (2017, p.39). Em seu trabalho, a autora relata e reflete acerca de sua experiência de pesquisa em três unidades de saúde do Rio de Janeiro, quando buscou identificar como a PNSIPN estava sendo operacionalizada.

A pesquisadora enfatiza o silêncio como uma reação dos profissionais de saúde frente à PNSIPN. Silêncio, diz ela, que está presente nos documentos, relatórios e formulários, especialmente aqueles que contêm o quesito raça/cor para preenchimento. Ela ainda pontua que “a clivagem racial da saúde é tornada invisível pelo receio dos agentes de incorrerem em práticas racistas.” (MILANEZI, 2017, p.41). No ano de 2018, quando ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e passei a trabalhar em uma unidade de saúde do SUS, lembro da minha própria experiência profissional ao realizar atendimentos voltados ao Serviço Social. À época, criei um formulário para registrar as demandas trazidas pelos usuários e, no seu cabeçalho, constava o item raça/cor a ser preenchido com base na autodeclaração do sujeito atendido. Apesar de compreender a importância da identificação racial e seu registro, confesso que era complexo realizar tal questionamento. A sensação era de insegurança e receio de como o usuário iria reagir diante da pergunta. Poderia achar que estava perdendo tempo de atendimento ao ser questionado. Por fim, diversas vezes o campo assinalado no formulário era feito com base no que via em minha frente.

Partindo do fato de que a maior parte da população SUS-dependente é negra e que a grande maioria dos homens que circulam pelas galerias do Central são negros, resta um questionamento sobre o que o psicólogo Leandro (autodeclarado branco) quer nos dizer quando afirma:

Creio que todo o registro com propósito bem definido pode ser útil para projetos e programas para uma determinada população, mas, nesse caso, específico, sem motivo, objetivo ou questão, **não vejo qualquer validade, exceto campo discriminatório.**

Na verdade, coletar a informação racial em um universo já demarcado pela raça – ou como diria Flauzina (2017), em um sistema onde o racismo é um dos produtos diletos – é reafirmar o que está posto há anos a fio. No entanto, como dito no universo acadêmico, “o óbvio também precisa ser dito”. Quando Leandro se refere ao item raça/cor como um campo discriminatório, isso não deixa de ser, em tese, uma verdade. Relembremos o que Silvio Almeida conceitua como “discriminação positiva”: o autor traz como exemplo as políticas de ações afirmativas que “estabelecem tratamento discriminatório a fim de corrigir ou compensar a desigualdade” (ALMEIDA, 2019, p.34). De fato, o quesito raça/cor é, positivamente, um campo discriminatório, tendo em vista que busca mapear, discriminar onde os sujeitos das diferentes raças e etnias<sup>59</sup> se inserem.

Contudo, entende-se que a conotação atribuída por Leandro ao termo “discriminatório” se aproxima do que propõe Denize Ornelas, médica e coordenadora do grupo de trabalho (GT) de Saúde da População Negra da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC):

Às vezes, a principal barreira é o receio que os profissionais têm de ver uma pessoa que consideram branca e ela diz que é parda ou preta, ou o contrário, e ter que preencher errado. Os profissionais de saúde têm muito essa coisa de fazer “o certo”. E eles não sabem lidar com o próprio racismo internalizado. [...] Há o contexto de preparação dos profissionais para isso, mas existe uma barreira sociocultural e uma terceira barreira que é a iminência do conflito. Os profissionais de saúde tendem a achar que são neutros e tentam fugir de qualquer possibilidade de conflito com o

---

<sup>59</sup> Nesse caso também destaco a população indígena privada de liberdade, que, apesar de em menor número, também é um segmento que carrega histórias e sujeições atravessadas pela subalternização e vulnerabilidades. Segundo dados do SISDEPEN, em 2021 a população prisional indígena (masculina e feminina) do RS somava 3.090 pessoas, o que representa 0,54% do contingente prisional total do estado. Vale destacar que o sistema do SISDEPEN também é alimentado pelos profissionais que atuam no Central, ainda que não seja um banco de dados específico do SUS. De acordo com os trabalhadores entrevistados, a interface do SISDEPEN possui o campo raça/cor a ser preenchido. Na plataforma do sistema de informações penitenciárias, é possível verificar os dados raciais estratificados de acordo com a classificação do IBGE. Contudo, esse dado é quantificado pela Unidade de Federação e não por estabelecimento prisional.

paciente. É um processo de mudança de cultura e de educação muito grande. (ORNELAS, 2020).

De fato, o que Leandro e as demais respostas negativas buscam nos dizer é que a raça não é um elemento a ser considerado e analisado quando se trata de saúde prisional. O que podemos perceber é a execução normativa da coleta do quesito raça/cor realizada por alguns profissionais. No entanto, ainda que preconizado por legislações e decretos, a coleta do dado por si só não faz sentido se a sua intencionalidade não for compreendida. Os números denunciam o cenário que está posto, porém, também é necessário compreendê-los do ponto de vista político e estrutural. Desse modo, quando o profissional verbaliza sobre o propósito da informação, nos mostra o seu entendimento sobre as configurações que operam dentro e fora da prisão. A fala de Leandro nos remete à discussão sobre o medo de errar, o silenciamento dessa informação gerado pelo receio de soar racista. Além do mais, em que pese o profissional considere a importância da coleta de dados para a construção de políticas para determinadas populações, ele não entende a variável raça/cor como uma estratégia para essa ação. Milanezi corrobora com esse pensamento quando nos convida a refletir que

O silêncio inicial desses profissionais não significa que eles não tenham reflexões em torno dos sujeitos, doenças e protocolos da PNSIPN. Eles apenas não refletem sobre isso tal como inserido na política. [...] O paradoxal do silêncio é que o universo estatístico que esses profissionais alimentam como uma prática burocrática cotidiana, que permitem aos gabinetes do Estado entender o dado agregado nacional da distribuição da saúde entre brancos e negros, é desconhecido por esses profissionais. Na ponta, a clivagem racial da saúde é tornada invisível pelo receio dos agentes de incorrerem em práticas racistas. (MILANEZI, 2017, p.40-41).

Entende-se os limites e desafios para uma abordagem qualitativa do quesito raça/cor em um cenário tão complexo como o que está posto ao Central. Antes mesmo de falar sobre ser aprisionado, é necessário falar sobre estar no cárcere e as condições para permanecer nele. Tratar a saúde desses sujeitos considerando-os, antes de tudo, sujeitos de direitos, é um dos maiores desafios já postos ao sistema prisional. Assim, como forma de romper com o silêncio sobre o quesito raça/cor e os objetivos da PNSIPN, Milanezi afirma que, primeiramente, “é preciso falar sobre os nexos entre raça e saúde”, e defende que “enquanto a Política e o quesito forem compreendidos como discriminação de brancos, isso impedirá a construção de práticas legislativas e cotidianas de equidade racial capilarizadas no sistema.” (MILANEZI, 2020). É emergente um olhar interseccional entre raça e saúde, e a promoção de saúde através de arranjos que potencializem a coleta fidedigna do quesito raça/cor e o entendimento de seu propósito como parte de um SUS que trata o princípio da equidade como primazia.

### 2.3.2 “Ambos (*negros e brancos*)<sup>60</sup> se recusam a fazer o tratamento. A cor de pele não interfere”

Diversos estudos no Brasil categorizam as principais morbidades em saúde que atingem a população negra, seja por causas externas, sociais ou genéticas. Boletins epidemiológicos apontam que o risco de infecção por HIV, sífilis e tuberculose é o dobro ou mais na população negra em comparação com a branca (SOARES, 2010), além de altos índices de mortalidade materna e juvenil e, agora, infecção pelo novo Coronavírus, que atinge majoritariamente os sujeitos negros. Essas vulnerabilidades e iniquidades em saúde não se explicam pelo simples fato de ser negro. Elas são resultado de um processo de contínua exposição às vulnerabilidades sociais, ocasionadas pelos determinantes em saúde que colocam essa população à margem dos cuidados.

Além disso, o que torna esses dados ainda mais preocupantes é que as morbidades apontadas são consideradas evitáveis, porém, na maioria das vezes, obtêm desfechos desfavoráveis. Ou seja, são agravos que possuem tratamento oferecido pelo SUS, porém, o racismo institucional coloca-se como principal barreira para o não acesso às formas de prevenção e cuidado, bem como para a descontinuidade do tratamento, que pode perdurar por meses, anos e para toda vida.

No universo prisional, as mesmas doenças infecciosas se fazem presentes em grande escala, contudo, o seu agravamento é quase inevitável se considerarmos as insalubridades e condições sanitárias das prisões. Doenças respiratórias e de fácil disseminação, como tuberculose, covid-19 e outras transmissíveis como o HIV, hepatite B e C, sífilis, dermatites (sarna, pulgas) estão entre os agravos que mais acometem a população privada de liberdade. Ainda, de acordo com dados do SISDEPEN (2021) sobre a saúde de homens presos no Central, 96 homens (38,25%) foram diagnosticados com tuberculose, 95 (37,85%) positivaram para HIV/AIDS e 60 (23,9%) para sífilis. Para contribuir com a discussão, destaco o conceito de morbimortalidade enquanto um termo da medicina que se refere ao índice de pessoas mortas em decorrência de uma doença específica dentro de determinado grupo populacional.

---

<sup>60</sup> Grifo meu.

O confinamento em celas superlotadas e insalubres, condições nutricionais precárias, compartilhamento de objetos de uso pessoal, aspectos psíquicos causados pelo encarceramento, são gatilhos para a propagação desses agravos.

Para a realização da pesquisa, os profissionais da UBSp do Central foram questionados se percebiam alguma diferença em relação à saúde biopsicossocial entre presos negros e brancos. Seis deles responderam que **não** há algo que os diferencie e um profissional considerou o seguinte:

Na atualidade, sei que pessoas de diferentes etnias podem apresentar diferentes problemas em relação a algumas questões de saúde. Por exemplo, algumas pessoas pretas podem apresentar propensão a ter pressão alta, segundo pesquisas que li já há algum tempo. Então quando atendo uma pessoa negra com mais de 30 anos, esse é um tema abordado, se idoso, a abordagem é mais cuidadosa. **Diferença psíquica? não, absolutamente. Diferença social? existem**, uns são mais vulneráveis, têm problemas de adição, moram em locais vulneráveis... pretos e brancos, mas se haveria mais pretos em situação de vulnerabilidade social, essa já seria uma outra questão, isto é, **não por uma questão de diferença entre pessoas pretas e brancas, mas, sim, de suas vulnerabilidades.** (Leandro, psicólogo autodeclarado branco).

Leandro ainda complementa sua reflexão mencionando o que segue:

As diferenças que podem existir, que percebo existir nos atendimentos não dizem respeito a questões de diferenças étnicas, mas tocantes a questões de vulnerabilidades sociais e pessoais de cada sujeito, aí, sim, percebo diferenças em nível de compreensão, adesão e percepção de doenças ou de tratamentos.

As citações acima corroboram com as falas da discussão anterior sobre a coleta do quesito raça/cor e sua relevância para as práticas de saúde dentro do Central. Sem considerar a raça como aspecto intrínseco à prisão e à produção de saúde nesse espaço, Leandro sugere que há experiências compartilhadas entre negros e brancos no que se refere às suas vulnerabilidades. Ainda que pondere existir diferenças em relação aos agravos que acometem pessoas negras e brancas, inclusive ele exemplifica trazendo como atua em seus atendimentos, o profissional considera a localização territorial dos sujeitos e o uso de substâncias psicoativas (SPA) como possíveis desencadeadores das vulnerabilidades sociais. No entanto, não considera que há diferenciação entre negros e brancos no que tange à experiência dessas vulnerabilidades.

Apesar de as narrativas citadas não indicarem a raça como parte constitutiva do processo saúde-doença, as reflexões dos profissionais estão atravessadas pela questão racial a partir do momento em que equiparam as raças e as colocam no mesmo nível de existência, sujeições e adoecimento. Além do mais, se constrói a ideia de que não há uma diferença racial que ajude a explicar a incidência de certas doenças em corpos negros e também em relação às formas de

cuidado. Desde que iniciei minha caminhada profissional na área da saúde, sempre procurei identificar onde os usuários negros estavam nos levantamentos e indicadores em saúde. Em minha experiência no âmbito hospitalar, cada vez que precisava atender algum usuário em tratamento para HIV ou tuberculose, por exemplo, e também quando era solicitado atendimento para gestantes ou puérperas com histórico de uso de SPA durante a gestação, em sua grande maioria estes usuários e usuárias eram negros. Antes mesmo de verificar sobre seu quadro de saúde, eu consultava diretamente seus dados pessoais, nos quais constava o quesito raça/cor preenchido. Ali e durante meu atendimento, eu tinha a certeza de que os agravos, principalmente aqueles considerados problemas de saúde pública, acometiam com maior frequência os sujeitos negros. E ao escutar suas histórias de vida, internamente eu reafirmava os significados de ser negro em um universo racializado e permeado por práticas racistas de constante exclusão e apagamento de subjetividades e existências.

Vale lembrar que a dissertação em curso é constantemente atravessada pela raça como operador analítico fundamental. Em que pese o trabalho dê pistas sobre outros elementos como prisão e saúde, o fator racial é *sine qua non*. Sem ele, a análise não faria sentido. Em *live* proferida pela médica Andreia Beatriz, transmitida pelo canal InformaSUS da UFSCAR em novembro de 2020, ela relata sua experiência em APS voltada para a atenção à saúde prisional, pontuando que “compreender o ódio/racismo antinegro dentro do sistema prisional é fundamental para realização do cuidado em saúde neste espaço”.

A fala do psicólogo Leandro se conecta com a de Inês, profissional da Enfermagem autodeclarada negra: “Não, ambos se recusam fazer tratamento. **A cor da pele não interfere**”. Nesse caso, Inês não menciona as vulnerabilidades como desencadeador de doenças. Próximo ao que foi dito pelo colega da Psicologia, ela aponta não existir diferenças entre presos negros e brancos, tendo em vista que ambos não aceitam o tratamento indicado pelos profissionais. E ratifica a discussão sobre a saúde ou não-saúde racialmente democrática. Em contraposição a esse debate, mobilizo a discussão sobre a covid-19 e seu impacto na vida de populações vulneráveis, em destaque a que se encontra privada de liberdade.

A nível nacional, desde o início da pandemia (março/2020), o sistema penitenciário registrou a marca de 75.337 casos confirmados de covid-19 entre os presos. Em relação ao número de óbitos entre essa população, foram notificados 320 casos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2022). No boletim, os indicadores mencionados não apontam os

dados estratificados por raça/cor<sup>61</sup>. Para além de não localizar essas informações nos bancos de dados dos órgãos oficiais, também há a dificuldade de encontrar produções acadêmicas e científicas voltadas para os agravos em saúde no âmbito prisional. Carvalho, Santos e Santos (2020, p.8) consideram que “as publicações científicas relacionadas à COVID-19, bem como de outras doenças infecciosas, na população carcerária são escassas, apontando para um possível desinteresse por esse tema pela comunidade científica, podendo ser resultante do estigma e da dificuldade de acesso a esse grupo”.

As condições precárias de moradia, falta de saneamento e itens básicos de higiene, dificuldade no acesso aos serviços de saúde, impossibilidade de manter o isolamento social por motivos de sobrevivência, são determinantes que colocam os sujeitos negros na mira do novo coronavírus. A covid-19 surge para reafirmar as vulnerabilidades destinadas ao contingente negro, corroborando com os arquétipos do racismo estrutural e da necropolítica voltada para essa população. No sistema prisional a pandemia do coronavírus muda de território e adquire novos formatos, provocando um agravamento desenfreado de doenças respiratórias e transmissíveis. Agravamento provocado pelas condições inóspitas oferecidas pelas prisões e a constante violações de direitos nesse cenário. Em tempos de isolamento social, a população carcerária vive um “superisolamento” (CARVALHO; SANTOS; SANTOS, 2020), tendo em vista as privações geradas pela pandemia (visitação de familiares, assistência jurídica, religiosa e à saúde).

Trata-se de uma racionalidade governamental que opera a partir de uma “política do definhamento”, cuja resultante é a produção de um estado progressivo de decomposição, em que presos e presas vão morrendo paulatinamente – em função das próprias condições de funcionamento dos cárceres (MALLART, 2019b apud MALLART; ARAÚJO, 2021, p.6-7).

Conforme o que nos mostra o estudo de Mallart e Araújo (2021), assim como nas favelas e periferias, a covid-19 operou um massacre progressivo das populações. As condições de existência e manutenção nesses espaços se configuram como elementos que culminam na disseminação e agravamento das comorbidades, quando não a coinfeção com outras doenças.

---

<sup>61</sup> Em se tratando de covid-19, em que pese a instrução normativa da obrigatoriedade do preenchimento adequado do item raça/cor nos sistemas informatizados do SUS (Nota Informativa nº21 COE-RS/SES-RS, 2020), na prática essa informação ainda não foi localizada. Considera-se a não informação como uma informação essencial para constituir a análise sobre o assunto. Conforme menciona Denize Ornelas (2020), a inclusão do item racial nas fichas de notificação da covid-19 foi fruto da luta dos movimentos sociais e negro para que essa informação fosse coletada. Inicialmente não se tinha a obrigatoriedade e o profissional conseguia concluir a notificação sem registrar este dado.

Além da covid, incluo a TB e outros agravos de fácil propagação. Em meio a esses apontamentos, é importante sempre lembrar que eles são atravessados pelo elemento racial. Por assim dizer, a raça não é tratada aqui como um recorte para discutir saúde, a raça é o cerne da discussão uma vez que ela contribui no adoecimento biopsicossocial dos sujeitos negros. Quando não morre fisicamente, o negro morre socialmente a partir do momento em que seus direitos são negados, que sua existência é inferiorizada e equiparada a populações historicamente colocadas em posição de privilégio. Ainda que ambos, negros e brancos, estejam territorializados em periferias ou prisões, não há como afirmar que são iguais e que vivem sob as mesmas condições.

### 2.3.3 “É ação (*PNSIPN*) para tentar a igualdade para os negros em relação a saúde.”

#### Encontrei minhas origens

(...) encontrei minhas origens  
na cor da minha pele  
nos lanhos de minha alma  
em mim  
em minha gente escura  
em meus heróis altivos  
encontrei  
encontrei-as enfim  
me encontrei

(Oliveira Silveira)

Há algum tempo a poesia do poeta gaúcho Oliveira Silveira tem me acompanhado e me feito entender sobre a minha existência no mundo. Desde que a conheci veio o firmamento da minha identidade racial, com seus significados sociais, políticos e históricos. Junto com ela e alguns outros movimentos, passei a colocar a raça como centro de toda e qualquer discussão, passei a entender a raça como origem e formadora do mundo. Todas as instâncias da vida humana são penetradas pela raça; ela é a estrutura da sociedade.

Falar sobre saúde é falar sobre raça. Dialogar sobre prisões é dialogar, impreterivelmente, sobre raça. Raça é um elemento político, social, histórico, econômico. Friso que nessa discussão a raça refere-se ao sujeito negro enquanto centralidade do debate<sup>62</sup>. Considerando o negro enquanto uma construção social e fruto do “delírio” europeu de Achille Mbembe, o que direciona práticas de apagamento e destruição desses corpos com base em um

---

<sup>62</sup> Utilizo o pensamento de Fernanda Lopes quando ela pontua que: “Neste trabalho, usaremos raça como sinônimo de grupo de pessoas socialmente unificadas em virtude de seus marcadores físicos”. (2003, p.9)

imaginário de inferioridade, pensar em uma possibilidade de saúde específica para essas vidas é o que se busca refletir nesse item e na pesquisa como um todo.

Com vistas a iniciar a discussão sobre a saúde da população negra no cenário prisional, abaixo reproduzo as respostas dos profissionais quando questionados sobre seu conhecimento a respeito da PNSIPN.

sim, uma política que foi criada por **reconhecer as desigualdades na saúde que acometem a população negra** do país, como indicadores que apontam condições de vulnerabilidade e altas taxas de mortalidade. (Sônia, assistente social autodeclarada branca)

Sim, política voltada a questões de **enfrentamento do racismo no SUS**. (Leandro, psicólogo autodeclarado branco)

Sim, uma política que reconhece a necessidade de **promover o acesso da população negra à saúde com suas especificidades**. (Lúcia, assistente social autodeclarada negra)

É ação para tentar a **igualdade para os negros** em relação à saúde. (Neuza, enfermeira autodeclarada negra)

Sim, na graduação. Cadeira de equidade etno (étnico) racial. Nos ensina sobre o **respeito a cultura da população negra, os costumes, as doenças que os comentem mais**, entre outras coisas. (Cecília, técnica de enfermagem autodeclarada branca)

Através das falas citadas acima, é possível constatar uma importante relação com as citações anteriores. Ainda que cinco profissionais tenham mencionado conhecer/ouvir falar da PNSIPN, três deles relataram não realizar a coleta do quesito raça/cor em seus atendimentos e dois afirmaram que a raça não influencia nas dissonâncias entre a saúde de presos negros e brancos. Ou seja, de alguma forma, mesmo conhecendo e sabendo, genericamente, da importância da política, isso não significou uma mudança em suas práticas profissionais. Embora a interlocutora Cecília mencione ter estudado a política durante a graduação, isso não é realidade na maioria dos cursos, principalmente os da área da saúde. Trazendo meu curso como exemplo, ainda que durante toda a graduação os conceitos de desigualdade e vulnerabilidades fossem mobilizados, durante os quatro anos de estudo, não recordo de a PNSIPN ter sido levantada em alguma discussão. O que é contraditório, tendo em vista que a maioria dos sujeitos que são atendidos pelo profissional de Serviço Social são negros.

Sob seu ponto de vista, cada profissional trouxe sua interpretação sobre a PNSIPN. O enfrentamento à desigualdade e ao racismo, uma estratégia para promover o acesso à saúde da população negra, o respeito à cultura e aspectos relacionados aos sujeitos negros, são articulações propostas pela política em questão. Dessa forma, a dúvida que se coloca é a seguinte: ao que se deve a incongruência entre regulamentos e práticas sociais verbalizada pelos

profissionais de saúde? Os resultados da pesquisa não possibilitam fazer essa análise ou até mesmo desvendar o que determina as falas apresentadas. Contudo, os estudos suscitados até aqui nos dão sinais para uma possível interpretação dos dados.

O sociólogo Deivison Faustino, em artigo sobre a promoção da equidade em saúde para a população negra, aponta três desafios enfrentados no campo da saúde dessa população e sua efetivação nas diferentes instâncias. Ele especifica alguns argumentos teóricos que se colocam contrários a essa discussão:

1. discordância quanto a validade do uso científico e/ou político do conceito de raça;
2. crítica ao que seria a importação colonial da birracialidade estadunidense (branco/negro) ao contexto brasileiro;
3. discordância quanto às influências do racismo na saúde e a defesa da centralidade das questões econômicas como determinantes das condições de saúde;
4. classificação do campo saúde da população negra como política de focalização, em suposta consonância com as forças políticas e econômicas que atentam contra a busca pela universalização do direito à saúde. (FAUSTINO, 2017, p.6).

As sugestões indicadas por Faustino reforçam os dados levantados e trabalhados até o momento sobre a compreensão dos profissionais a respeito da saúde dos sujeitos negros privados de liberdade e sobre a existência da PNSIPN. Como foi possível perceber, o entendimento de que a política de saúde e os agravos atingem igualmente todos os sujeitos, principalmente aqueles em situação prisional, coloca-se como primeiro elemento que obstaculiza a efetivação da PNSIPN. Somado a isso, a invalidação do quesito raça/cor como dado que diagnostica o cenário que está posto e a concepção de que a raça não influencia no processo saúde-doença também se colocam no rol de barreiras para a existência da política de saúde da população negra no cenário prisional.

Considera-se, portanto, que antes mesmo de conhecer e compreender os pressupostos dessa política, é necessário interpretar os fenômenos sociais que ocorrem no interior e também fora das prisões. É fundamental, desse modo, apreender como os mecanismos, dinâmicas, fluxos prisionais são racialmente estruturados. Em suma, ponderar que a prisão é um espaço racializado é o ponto de partida para essa discussão. No entanto, também se considera a complexidade desse debate, levando em conta fatores externos, culturais, morais e valores que cada sujeito possui. Ademais, além dos elementos sugeridos pelo pesquisador acima citado, outro fator a ser considerado como entrave para a existência dos pressupostos da PNSIPN no meio prisional é a concepção de racismo institucional (RI), a qual Jurema Werneck denomina como

[...] dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos. (WERNECK, 2016, p. 542).

Alicerçada em sua episteme negra, a intelectual nos ensina sobre a importância de reconhecer a existência do racismo institucional somado a codeterminantes que atuam na criação e adensamento das vulnerabilidades voltadas aos sujeitos negros. Em se tratando do universo penitenciário, pesquisar a tríade *raça-saúde-prisão* possibilita discutir as diferenças existentes dentro de uma mesma população. Sobre isso, Silvio Almeida sinaliza que a concepção institucional do racismo é [...] “o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, vantagens e privilégios com base na raça” (ALMEIDA, 2019, p.37). Ainda que os dados coletados para esta pesquisa nos mostrem o contrário, ou seja, que no âmbito prisional a PNSIPN não se materializa com vistas à produção de saúde dos presos negros, ela preconiza inserir-se como uma política afirmativa e de equalização do acesso à saúde, operando estrategicamente na reorganização das dinâmicas institucionais e propiciando um enfrentamento cotidiano aos efeitos do racismo institucional. Ele ainda aponta que políticas como a da saúde da população negra “podem resultar em uma reforma que provocará a alteração das regras, dos padrões de funcionamento e da atuação institucional” com possibilidade de “alterar a lógica discriminatória dos processos institucionais.” (ALMEIDA, 2019, p.42).

Considero relevante frisar que não se trata de priorizar a saúde de homens negros diminuindo o acesso aos homens brancos privados de liberdade. A questão central é compreender se existe diferenciação de cuidados entre esses sujeitos e como a raça pode ser elemento fundamental para essa possível assimetria. O racismo adentra as estruturas organizacionais que reproduzem o mesmo imaginário de subalternização e inferioridade dos sujeitos negros. A prisão enquanto instituição porosa, constituída por dispositivos de poder, se organiza através do racismo estrutural e institucional para seguir coisificando e descartando vidas negras por meio de processos genocidas direcionados a esses corpos.

Ponto que a dificuldade de achar estudos sobre a saúde da população negra no sistema prisional, quiçá sobre a PNSIPN no cárcere, é um fator importante que compõe este estudo. Também considero que a ausência de materiais é reflexo de um pensamento e de práticas hegemônicas para com essa população. Os principais descritores tiveram que ser desagregados para que se obtivesse resultado: sistema prisional; saúde no sistema prisional; população negra;

população negra no sistema prisional. Desse modo, a análise foi realizada a partir dos resultados encontrados por estes termos. O que esse panorama nos diz é que a raça e outros marcadores sociais não são considerados como elementos centrais para compor a análise, ou, ainda, a questão racial é tratada de modo genérico, tomada como recorte de toda uma estrutura. Isto é, algumas das produções levantadas discutem a prisão como um espaço predominantemente negro, sem refletir como se dão tais práticas sociais e os significados de ser um sujeito negro privado de liberdade – além, especificamente, de não considerarem fatores interseccionais que compreendem a experiência prisional.<sup>63</sup> Somado a essa insuficiência de produções científicas, os dados da pesquisa apontaram que outros cinco profissionais mencionaram **não** conhecer a PNSIPN. Desses, duas se autodeclararam negras.

Observa-se, deste modo, uma tensão hegemônica em compreender a necessidade de focalizar as ações em saúde para determinadas populações. O SUS tem como princípio fundamental a universalidade, ou seja, é voltado a quem dele necessitar. Contudo, tendo em vista o contexto de vulnerabilidades e subalternidades enfrentadas é fundamental que intervenções estratégicas existam para o abrandamento das desigualdades sociais. É neste sentido que entra o princípio da equidade do SUS que, diferente de igualdade, preconiza ações de saúde voltadas para grupos e populações específicas, especialmente aquelas mais atingidas pelos determinantes sociais.

Ancorado no pensamento de Nancy Fraser sobre a perspectiva dos direitos sociais a partir de suas ramificações, Deivison Faustino aponta que:

Nancy Fraser classificou essa diversificação como uma tensão entre duas perspectivas distintas: de um lado, a luta pela distribuição dos direitos e dos recursos necessário à sua efetivação e do outro, de maneira quase inconciliável, a luta pelo reconhecimento das diferenças historicamente desvalorizadas. Enquanto a primeira, foca principalmente o combate às injustiças e desigualdades econômicas e políticas, advogando pela dissolução das diferenças sociais, a segunda toma as diferenças socialmente presumidas, não para propor a sua supressão, mas, ao contrário, para afirmá-las e positivá-las em suas diferenças supostamente específicas. (FAUSTINO, 2017, p.3)

O estudo do sociólogo nos mostra as tensões e possibilidades da operacionalização da PNSIPN partindo de uma crítica sobre as noções de universalização/focalização e reconhecimento/distribuição da referida política de saúde e do SUS como um todo. Ele ainda

---

<sup>63</sup> “É inexpressiva a produção de conhecimento científico nessa área e o tema não participa do currículo dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação em saúde, com raríssimas exceções. Trata-se de assunto vago que, na maior parte dos casos, é ignorado pela maioria de pesquisadoras e pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde no Brasil.” (WERNECK, 2016, p.1).

questiona como problema central de seu artigo “como articular a busca pela universalização dos direitos com as demandas requeridas por grupos específicos em uma sociedade desigual?” (FAUSTINO, 2017, p.1). Sustento a interrogação de Deivison Faustino ao entender os homens negros privados de liberdade como um segmento delimitado e que requer demandas muito específicas para a promoção e manutenção de sua saúde. Assim, as tensões e posicionamentos resultantes da pesquisa realizada nos revelam a problemática mobilizada pelo autor através de processos de resistência pontuados pelos próprios interlocutores acerca da execução dos pressupostos da PNSIPN.

No cenário das prisões, a compreensão e materialização dos pressupostos da PNSIPN possibilita a qualificação do olhar profissional e do próprio usuário sobre as vicissitudes da negritude para a produção de saúde ou agudização do processo saúde-doença e morte. Faustino (2017, p. 8) corrobora esse pensamento quando reflete que a especificidade da PNSIPN “busca complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população negra no Brasil.”

Sublinha-se que esta pesquisa é inicial e não possui, em sua essência, a intenção de propor a implementação da PNSIPN nos serviços de saúde prisional, uma vez que isso seria um processo coletivo, árduo e permanente que envolveria diversas instâncias político-organizativas e de controle social. Desde o princípio, a proposta foi compreender os movimentos possíveis entre saúde, prisão e raça. Obviamente, as considerações traçadas fazem parte do escopo da política em questão, uma vez que é ela que mobiliza e tensiona as discussões em torno das iniquidades sociais e em saúde direcionadas aos sujeitos negros.

Nessa perspectiva, entendendo a prisão como instância máxima de violação de direitos e espaço de agudização das desigualdades e vulnerabilidades sociais, cabe questionar: é possível afirmar que as diretrizes da PNSIPN potencializam a mitigação dos processos de ruptura com os direitos sociais destinados aos presos, sobretudo aqueles que se autodeclararam negros? De certa forma, esse era o horizonte ético-político proposto por mim, além da intenção de apontar uma direção política para a pesquisa. Assim, esta dissertação auxiliou a levantar questões concretas para alcançar e dar conta das demandas propostas. Reitera-se, por fim, que se buscou compreender de que forma a produção de saúde incide na vida e nos corpos de homens negros privados de liberdade no PCPA. Para tanto, analisou se a tez negra constitui um marcador social para a não produção de saúde – logo, para o deixar morrer dessa população.

### **3 RAÇA-SAÚDE-PRISÃO: UMA TRÍADE POSSÍVEL PARA O PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE?**

Até aqui, buscou-se tratar sobre uma miríade de elementos relacionados ao sistema prisional. Em primeira instância, através do reconhecimento territorial do PCPA, foi possível compreender sua conformação e significados sócio-históricos. Além do mais, o levantamento realizado nos apresentou “a incorporação dos bairros pela prisão – bem como da prisão pelos bairros – e a disseminação da experiência carcerária entre esses territórios e suas populações, delineando um *continuum* entre prisões-favelas-periferias” (MALLART; ARAÚJO, 2021, p.3). Dialogando com a questão territorial, dados demográficos deram conta de mostrar, estatisticamente, a massa carcerária do PCPA através da informação racial. Para além, a discussão sobre um sistema de justiça criminal racialmente construído a partir do fenômeno do racismo estrutural se constituíram como conteúdos introdutórios e elementares para a construção deste estudo.

Em um segundo momento, a pesquisa se reportou aos dados obtidos através das falas de interlocutores atuantes na UBSp do Central. Codificando as respostas por meio de assuntos-chave, obteve-se uma análise sobre as possibilidades de existir, ter e permanecer com saúde na prisão. Ademais, o tratamento e interpretação dos dados foi feito em constante diálogo e ponderações entre os próprios, no sentido de buscar compreender como a saúde ocorre por entre as grades, através e por meio das experiências dos profissionais de saúde da unidade e, subsidiariamente, da minha própria como também profissional de saúde. Ou seja, ainda que façam parte de um mesmo universo de análise, as reflexões proferidas indicam subjetividades e particularidades de cada profissional participante. Por último, mas em constante articulação com absolutamente toda a pesquisa, o componente racial foi problematizado como origem e pilar de todos os elementos citados. Isto é, a todas as relações, complexidades, fundamentos, mecanismos, ressonâncias relacionadas a prisão, a todas essas e outras peças que constroem a máquina de moer gente denominada cadeia, o corpo negro foi e é considerado a sua força motriz.

#### **3.1 A TRÍADE COMO GOVERNO DE CERTOS CORPOS**

As reflexões realizadas até o momento têm buscado compreender, destrinchar, desvendar, esmiuçar os arranjos de governabilidade que operam no interior das prisões

direcionadas ao corpo negro. Aliado a isso, a discussão da política de saúde nesse cenário almeja repensar as lógicas de saúde no sistema prisional propondo uma reflexão acerca das possibilidades de existir saúde em um universo que a viola constantemente. Os referenciais que tenho mobilizado orientam os possíveis caminhos a serem seguidos para o alcance da proposta. Ainda que sem adentrar com profundidade a questão racial, a linguagem analógica e, por vezes, metafórica que Fábio Mallart utiliza para demonstrar os processos de gerenciamento corporal que ocorrem dentro e fora das prisões tem subsidiado todo o estudo. Quando me ancoro em pensamentos de intelectuais negros e negras que discutem, vivem e experienciam as prisões, o que vai de Juliana Borges à Michelle Alexander, em conjunto, as narrativas me convidam, analítica e empiricamente, a analisar o universo prisional não mais como aquele que, exclusivamente, detém, coloca entre as grades, pune e sentencia os sujeitos, mas sim como uma engrenagem, um maquinário que seleciona, mira, captura, confina, tritura e extermina os corpos negros.

Desde o princípio eu me propus a entender como e porque as prisões estão abarrotadas de vidas negras e, ainda, compreender como a mente e o corpo dos que lá estão reagem aos significados de estar aprisionado. A realidade posta nunca me deixou com dúvidas em relação aos corpos que vivem nas periferias, as vidas abreviadas pela violência policial e aqueles que, diariamente, são alvo dos ataques governamentais. Contudo, a pesquisa me proporcionou uma “virada de chave” para entender as minúcias das prisões e considerá-las como elementos que extrapolam os muros e arredores se conectando como “vasos comunicantes”, ou seja, “formas de conexão, formais e informais, que articulam territórios de dentro e de fora da prisão” (GODOI, 2017, p. 22). Portanto, reitero a raça enquanto operador analítico fundamental que transpassa a vida da autora e de toda a dissertação, quando proponho possíveis sinergias entre território, prisão e saúde, todos esses elementos são conectados a partir da dimensão racial.

As contiguidades entre cidade e prisão, como vimos, constroem a dualidade entre proteção e perigo para a população em liberdade e atribuem controle sob os corpos em conflito com a lei. O território adjacente ao Presídio Central e sua peculiaridade enquanto um complexo militar caracteriza-se pela constituição de estruturas de poder e governo sobre a vida dos pobres e presos. Nesse contexto, em artigo que trata sobre o governo da mobilidade dos vivos, principalmente daqueles socialmente vulneráveis, Achille Mbembe argumenta que “uma das funções do Estado é, portanto, fabricar conceitos de ordem, estabilidade e segurança que possam ser conciliados com seus conceitos de liberdade e movimento” (MBEMBE, 2019). Nos termos desta pesquisa, o que Mbembe quer nos dizer é sobre um Estado, ou melhor, aparatos

estatais que restringem o ir e vir de uns em prol da liberdade de outros, contudo, ainda uma liberdade monitorada ou, nas palavras do filósofo, “uma mobilidade gerenciada” (MBEMBE, 2019).

Nesse sentido, quais as ressonâncias da reflexão de Mbembe na discussão em curso? No capítulo 1, quando elencadas as instituições militares que compõe o perímetro urbano contíguo ao Central, é possível extrair as ideias de pulverização e concentração (GODOI; ARAÚJO; MALLART, 2019). A primeira nos remete às próprias instâncias militares que cercam o PCPA e que se espalham pelo território imprimindo a sensação de cerceamento e vigilância constante. Ou seja, a impressão de que o bairro é permanentemente sitiado e governado e, em consonância com as matérias jornalísticas citadas no capítulo 1, imune a qualquer tipo de violência ou ataque externo. O segundo elemento refere-se ao Central de fato e a soberania sobre os corpos encarcerados. Fenômeno esse que Mbembe conceitua como “capturar um povo, capturar um território, delimitar fronteiras” (2019).

Além do mais, a ideia de concentração direcionada ao PCPA e de pulverização às instâncias militares subjaz à reflexão de que ao redor e por entre as grades, o governo da vida por aparatos legais ocorre indistintamente entre população livre e população presa. O que busco trazer à tona é o que Mbembe (2019) sinaliza em relação “às paisagens carcerárias de nosso mundo, precisamente como a antítese do movimento, da liberdade de se mover. Não há oposição mais dramática à ideia de movimento do que a prisão. E a prisão é uma característica-chave da paisagem dos nossos tempos.”

A partir da perspectiva do território enquanto elemento que estabelece relações com a prisão, seja através da localização espacial, seus entornos e os significados que causam na vida dos sujeitos-residentes, seja por meio da captura em massa de vidas negras e periféricas para compor o contingente carcerário, constrói-se o ideário da existência dessas vidas associada à criminalidade e à violência urbana. Como mobilizado no capítulo 1, irei concentrar minha reflexão em autores contemporâneos que analisam e experienciam sujeições raciais através de suas vidas pessoais e acadêmicas.

O Estado no Brasil é o que formula, corrobora e aplica um discurso e políticas de que negros são indivíduos pelos quais deve se nutrir medo e, portanto, sujeitos à repressão. A sociedade, imbuída de medo por esse discurso e pano de fundo ideológico, corrobora e incentiva a violência, a tortura, as prisões e o genocídio. (BORGES, 2019, p.57).

Dialogando com o raciocínio de Juliana Borges, entende-se fenômenos históricos que contribuíram e contribuem para a construção do negro como criminoso. Perpassando o período

escravocrata, o conceito de eugenia a partir do pensamento de Nina Rodrigues e outros, o Apartheid, o sistema de castas raciais, entre outros eventos que corroboraram para leitura estereotipada do negro. Sempre nos contaram uma história única desse corpo, uma narrativa de perversidade e desumanidade. Nessa abordagem, a escritora nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie (2019) nos ensina sobre o perigo de uma única história contada, ou seja, uma única narrativa para os fenômenos sociais. A história única que nos contaram sobre o povo negro foi (e de certa forma ainda é, se pensarmos na educação básica) alicerçada na miséria, no genocídio, na subversividade, na desobediência. Com isso, que mensagem ficou para o restante da sociedade, principalmente os não-negros? De fato, a perigosa ideia construída e internalizada do corpo negro enquanto corpo descartável, matável e confinável.

Nesse sentido, a interlocução das reflexões feitas a partir do Presídio Central de POA com as ponderações expostas acima explicita, ainda que brevemente, a gênese da imagem atribuída ao corpo negro e os efeitos provocados por tal construção social. A simbologia do castigo e da punição que se reporta ao suplício de Foucault e ao período escravocrata se modernizou e ganhou novos contornos. Somado a esse contexto, outro elemento que atravessa a discussão é o fenômeno do encarceramento em massa, resultado de toda uma construção histórica calcada na estigmatização e punição do corpo negro.

São as sucessivas e reiteradas camadas de imunização social ao sofrimento negro que legitimam e organizam o funcionamento violento do sistema carcerário (e de todo o sistema penal) no Brasil. É por meio do afastamento dos negros do sentido de humanidade que se asseguram as condições para que o hiperencarceramento ocorra sem que as imagens de horror e violência sistemática contra corpos negros provoquem ou mobilizem algum tipo expressivo de censura pública ou de reação política e social. (FREITAS, 2019, p.14).

Em conformidade com os dados coletados e discutidos no capítulo 1 desta dissertação, os homens negros livres no Rio Grande do Sul (RS) representam 21,5% da população total do estado. Em contrapartida, os sujeitos negros em privação de liberdade somam 34% da massa carcerária do RS. No Central o cenário é semelhante: 25,6% representam os homens negros livres de POA, já a taxa de presos negros no PCPA atinge 38%. Percebe-se, com isso, a sobre-representação de homens negros lotando os pavilhões do Central. Ou seja, o excesso de corpos melaninados que constituem o fenômeno do hiperencarceramento. O encarceramento de corpos negros tem suas raízes no sistema escravocrata, no delírio social do negro enquanto criminoso, na subtração histórica dos direitos humanos para esse povo, nos processos de violência e genocídio que culminam na morte social e morte de fato desses sujeitos. Em suma, Freitas (2019) ao citar Angela Davis (2018), conclui que “as prisões contemporâneas são uma

atualização do escravismo como forma pública de controle de corpos negros, de gestão do espaço urbano racializado e de interdição à plena liberdade pós-abolição.” (p.17).

Ainda que a discussão sobre o encarceramento em massa não seja o cerne deste estudo, é imprescindível a compreensão da estrutura do sistema penal para, a partir dela, dialogar com outros fatores inerentes a esse complexo. Assim, considerando a prisão como “edifício de controle de corpos negros” (FLAUZINA, 2017 apud FREITAS, 2019, p.2), recupera-se o debate sobre a política de saúde no interior das prisões, especialmente no PCPA, e seus efeitos na (sobre)vida dos homens negros. Em primeira instância salienta-se que a saúde é transpassada por todos os elementos mobilizados nesta dissertação. Invariavelmente, a espacialidade das prisões, os indicadores populacionais, a sujeição criminal-racial, o racismo estrutural e o encarceramento em massa estão simbioticamente associados com a produção de saúde no sistema penitenciário.

### 3.2 POR ENTRE E ATRAVÉS DAS MURALHAS: O DIREITO À SAÚDE NO INTERIOR DAS PRISÕES

Ao longo de minha vida eu nunca pensei muito sobre as cadeias, porém eu sabia o que elas significavam a partir do momento em que via a presença constante da polícia no bairro onde eu morava. E, principalmente, quando me entendi como uma pessoa negra e que a cadeia era repleta de pessoas como eu. Mas o entendimento real de fato veio com a prisão de meu irmão, em 2014, quando pude, mesmo que de longe, saber o que acontecia por dentro das muralhas do Central. No ano de 2017, quando assisti a estreia do filme sobre o Presídio Central e vi aquela produção sob a ótica exclusiva da irmã de um ex-detento, fiquei apavorada e impactada com a realidade daquele lugar. A segunda vez em que assisti o documentário foi para dizer a outras pessoas: “assistam esse filme!”. Já na terceira vez, eu o vi com as lentes de uma pesquisadora, de uma pessoa que entende o sistema prisional com base em suas próprias experiências e busca, através delas, raciocinar e mobilizar uma outra narrativa para as prisões, uma outra possibilidade de existência antes mesmo de aboli-las.

Como proposta para uma outra narrativa, resgato a discussão sobre a política de saúde no interior das prisões a partir das reflexões dos profissionais que atuam no serviço de saúde do PCPA. Em primeiro lugar, questiona-se a possibilidade de existir saúde nesse espaço; em segundo, se ela existe, de que forma é possível efetivá-la considerando os limites e entraves impostos pela instituição. Entende-se que, antes de qualquer aspecto relacionado à garantia dos direitos sociais, a prisão, tal como se conforma há séculos, está voltada para o confinamento e

punição de sujeitos em conflito com a lei. A percepção crítica dos significados sociais, políticos e econômicos desse local é elementar para que o profissional possa exercer sua função e viabilizar a garantia dos direitos dos presos. Destaco viabilizar, pois não há garantia de sua efetivação, ante a conjuntura precária e de desmonte das políticas pela qual passamos.

Saliento que a reprodução das falas não buscou apontar possíveis falhas ou acertos dos participantes, mas sim refletir sobre seu fazer profissional, os desafios impostos e considerar que esses sujeitos também fazem parte de uma lógica de poder; com isso, a reflexão sobre seu próprio trabalho esbarra nos processos e limites institucionais. Considera-se que a produção de saúde no interior das prisões é um processo árduo e desafiador posto aos profissionais. Em que pese a existência de unidades de saúde, a superlotação é um dos obstáculos para que o direito se efetive para a população prisional. Em fala proferida no filme sobre o Presídio Central, o médico Clodoaldo Pinilla, trabalhador da unidade de saúde, menciona que devido à superlotação da casa, em tese, o PCPA deveria contar com 9 equipes de saúde, contudo, de acordo com o profissional, o espaço dispõe de 3 equipes. Ele analisa que essa discrepância se dá devido à ausência de estrutura e falta de segurança para os profissionais em seus atendimentos.

Conforme disposto no segundo capítulo desta dissertação, as falas dos profissionais corroboram com essa realidade quando relatam que as condições estruturais são precárias para os atendimentos e isso, em grande medida, contribui para o agravamento das comorbidades que atingem os presos. De todo modo, os atendimentos são realizados no limite de suas possibilidades e capacidade oferecida pelo espaço. Dito isto, seria impossível não recuperar as consequências devastadoras que a covid-19 causou no ambiente prisional. Nesse aspecto, cabe mencionar o projeto “Vozes do Cárcere”, que tem como intuito divulgar e problematizar as cartas enviadas pela massa carcerária à Ouvidoria do DEPEN denunciando as condições das prisões. Ao analisar estas cartas, Lúcia Xavier considera que

O que as cartas revelaram é que as prisões são instituições insalubres para os milhares de seres humanos que estão sob a tutela do Estado ao longo dos anos. As más condições não são resultados da falta de legislação e normas protetivas; da escassez de alimentos ou de água potável; do baixo investimento financeiro e técnico ou mesmo de recursos humanos desqualificados. Elas se circunscrevem no processo de violência institucional, no qual os direitos são violados para punir e controlar os indivíduos, sobretudo, porque estes homens e mulheres não são considerados seres humanos. (XAVIER, 2019, p.343).

A lógica perversa do sistema nos leva a pensar em um processo de subumanidade dos corpos que compõem o Central, na extinção dessas vidas, não somente pela ausência de saúde,

mas por um arranjo genocida voltado para seu o morticínio (LIMA; BUENO; ALCADIPANI, 2021). Um arranjo, ousado dizer, arquitetado meticulosamente e com alvo definido. Na tentativa de ir na contramão desse mecanismo, aos trabalhadores da saúde resta operar suas práticas e prover, ainda que minimamente, a saúde para os presos. O que busco trazer é que tanto presos como profissionais da saúde são os responsáveis pela execução e manutenção da saúde no espaço prisional.

Em se tratando de covid-19 e acentuação dos problemas de saúde, o cenário prisional se colocou como porta de entrada para a disseminação do vírus.

[...] é isto que o momento patogênico impõe à espécie humana. Momento patogênico, mas também momento catabólico por excelência, o da decomposição dos corpos, da triagem e da eliminação de todo o tipo de detritos-de-homens — a grande separação e o grande confinamento, em resposta à surpreendente propagação do vírus. (MBEMBE, 2020)

Dados do Monitoramento de Casos e Óbitos por covid-19 do Conselho Nacional de Justiça (novembro de 2021), apontam que o RS apresentou o total de 3.549 casos de covid-19, e o quantitativo de óbitos foi de 26 presos. Importante salientar que não foram encontradas informações estratificadas por estabelecimento prisional, nem mesmo pelo item raça/cor, discussão que será resgatada no próximo tópico. De todo modo, os dados nos mostram um expressivo número de contaminados no interior das prisões gaúchas. Em que pese os óbitos entre os presos não representar nem 1% do total registrado, entende-se esse dado a partir de hipóteses<sup>64</sup> que o próprio boletim elenca para o estudo da referida informação, além da questão da subnotificação dos casos e os impactos gerados nos indicadores<sup>65</sup>.

O fato é que, há muito tempo, a população prisional vive em uma situação calamitosa e em estado de alerta, a pandemia da covid-19 veio para agravar um quadro que já estava posto. Tendo em vista que a população prisional é considerada uma população vulnerável, assim como a população indígena, pessoas que vivem com HIV/AIDS e população em situação de rua, o risco de contrair determinadas doenças atinge altas proporções, se comparada com a população em liberdade. De acordo com dados do projeto Prisões Livres de TB (BRASIL, 2022), a população prisional tem 34 vezes mais chances de contrair a TB do que a população em geral, e em alguns estados esse número pode ser maior. Os dados nos mostram uma pandemia anterior

---

<sup>64</sup> O tamanho das populações privadas de liberdade nesses estabelecimentos e seus respectivos quadros de servidores; a política de testagem adotada por cada Unidade da Federação nessas instituições; a transparência e regularidade na divulgação dessa informação. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021).

<sup>65</sup> Para maiores informações sobre a covid-19 no sistema prisional brasileiro, sugiro a página do projeto Infovírus Prisões e Pandemia: <https://www.covidnasprisoas.com/infovirus>.

a da covid-19. Ilustram um panorama de constante ameaça à vida e à integridade biopsicossocial dos presos. A situação de confinamento ou a “pandemia do confinamento” (PRANDO et al. 2020) opera enquanto uma política de governo sobre a vida dessas pessoas, e sobre a decisão de quem deve morrer e quem deve viver. Não se busca, portanto, sugerir um dever-ser para a política de saúde no meio prisional. Contudo, os dados acima apresentados, em diálogo com as falas dos profissionais, nos indicam que o Central manifesta, por excelência, uma cena de problema de saúde pública, a qual é incompatível com a higidez do corpo preso e coloca em xeque o trabalho dos profissionais de saúde.

### 3.3 SIMBIOSE ENTRE RAÇA E SAÚDE NO PRESÍDIO CENTRAL DE POA

Desde o princípio desta dissertação, busquei tratar a raça como elemento central e indissociável, além de assumi-la enquanto valor político para toda a pesquisa. Ao discutir a política de saúde, especificamente, procurei entendê-la a partir do olhar dos profissionais entrevistados e da minha própria experiência profissional nesse setor. Quanto aos trabalhadores da saúde no meio prisional, refleti que eles se colocam como os principais atores para a efetivação da saúde nesse cenário, baseando-se em suas próprias ponderações e raciocínios sobre o seu fazer profissional em um ambiente hostil e, ao mesmo tempo, permeado por resistências e estratégias cotidianas de sobrevivência.

Nessa seara, a raça é entendida como fator central tanto na gênese e constituição do sistema prisional quanto do SUS, majoritariamente composto por usuários negros, e que ultrapassa os muros prisionais buscando a continuidade do cuidado. Reitera-se, mais uma vez, que aqui a raça não é tratada como recorte<sup>66</sup>. Toda esta dissertação não faria sentido algum se eu não tomasse o elemento racial como matriz. Dito isso, quando dialogo com meus interlocutores e referenciais teóricos, coloco-me implicada no processo, levando em conta características pessoais que me impulsionaram a chegar até aqui: mulher negra; mulher negra familiar de ex-detento negro; usuária do SUS negra; profissional da saúde negra.

Retomando alguns elementos trabalhados no capítulo 2 deste estudo, buscou-se delinear as interfaces entre os elementos de raça, saúde e prisão, entendendo esta tríade como fundamental para a compreensão das dinâmicas prisionais. Como forma de trazer maior

---

<sup>66</sup> Inclusive, me oponho a este termo tendo em vista que a estrutura social e todos seus elementos são atravessados pela raça. Desse modo, o fator racial ou o racismo não é apenas mais um aspecto que caracteriza as desigualdades sociais, ao contrário, considero-o o cerne, a essência de toda e qualquer discussão que envolva as relações entre os seres humanos e, portanto, tomados pelo imaginário social do que significa raça, as vulnerabilidades são desenvolvidas e adensadas.

criticidade à discussão, me apoio na tese de doutorado de Maria Inês Barbosa (1998), a qual analisou a mortalidade de homens negros em São Paulo, destacando, entre outras abordagens, o não registro do item raça/cor nas certidões de óbito daquela época. Ainda que a autora não trate sobre o sistema prisional, suas reflexões oferecem importantes subsídios para a temática desta dissertação. Barbosa (1998, p. 3) parte do princípio da raça enquanto uma “abstração coletiva, a partir de características fenotípicas que são consideradas indicadores válidos para classificação e subordinação de seres humanos”. Ela aponta que, a partir dessa categorização do negro enquanto sujeito inferior e despido de humanidade, formulam-se processos racistas tomando como exemplo a ideia de democracia racial<sup>67</sup> de Gilberto Freyre, a qual denota uma falácia amplamente disseminada neste país e que passou por um processo de desmistificação através do pensamento do sociólogo Florestan Fernandes.

De fato, a discussão não é centrada no conceito de Freyre, contudo, entende-se esse fenômeno como um dos pilares que constitui o racismo estrutural e institucional. O que busco apontar, portanto, é a ocorrência dos processos de exclusão resultantes desta noção, os quais, de acordo com Barbosa (1998, p. 22), são gerados “pela categoria raça [...], posto que produz e reproduz identidades sociais, histórica e culturalmente forjadas como inferiores”. No contexto desta dissertação, a narrativa da democracia racial é um dos elementos que legitima a prisão como um depósito de corpos negros. Isto é, a disseminação do imaginário de que “todos somos iguais” destrói e apaga todo o processo de subalternização no qual os negros foram vitimados, ao mesmo tempo que a construção social do negro enquanto inferior ao branco recai sobre lógicas de marginalização voltadas àquelas vidas.

Partindo dessa explanação, quais seriam os nexos com a política de saúde? Os interlocutores da pesquisa deram algumas pistas e caminhos ao relatarem sobre seu fazer profissional no contexto de uma prisão. Avançando no diálogo entre esta análise e a tese de Maria Inês Barbosa, resgato a coleta e registro do item raça/cor através da autodeclaração racial, entendendo o referido elemento “não enquanto variável biológica, e sim como variável social, dos que partilham uma mesma história sócio-econômico-político-cultural” (BARBOSA, 1998, p.31). Entre outros enfoques, o esforço desta pesquisa se assenta na tensão estabelecida entre a coleta ou não do quesito racial como forma de interpretar as práticas de saúde no meio prisional e como possibilidade de operacionalizar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) nesse cenário.

---

<sup>67</sup> De acordo com Hasenbalg (1988 apud BARBOSA, 1998) “o corolário implícito desta ideia é a ausência de preconceito e discriminação raciais e, conseqüentemente, a existência de oportunidades econômicas e sociais iguais para brancos e negros”.

As constantes necessidades de convencimento e sensibilização, quanto à importância da variável raça, têm por substrato o racismo "falta de conhecimento epidemiológico específico" e o mito da democracia racial de formulação freyreana, igualmente racista, cujo corolário é a ausência de preconceito e discriminação (...). (BARBOSA, 1998, p.51).

Nesse sentido, quando os profissionais de saúde verbalizam não coletar o item racial – seja pela concepção de que esse dado contribui para os processos discriminatórios, seja pela noção de incorrer em práticas racistas – desvendam-se posições que se estabelecem a partir de mecanismos também racistas, os quais corroboram com o conceito de Freyre sobre o mito da democracia racial, entre outros que subjazem a essa mesma perspectiva.<sup>68</sup> Em termos de saúde, é necessário considerar a raça e, portanto, o racismo, como “fator patogênico de risco” (BARBOSA, 1998, p.97), ou seja, a pele negra enquanto fundamento para a vida, adoecimento e morte dessas pessoas. Como mencionado pelos próprios trabalhadores, na cadeia os níveis de adoecimento atingem outras proporções, diante de todo o contexto de insalubridade já citado em linhas anteriores. Aqui é importante a reflexão e o tensionamento sobre quem está morrendo no interior das prisões. Quais vidas são abreviadas e ceifadas pela violência e hostilidade do sistema prisional? Com base nos resultados de sua pesquisa, Maria Inês Barbosa afirma: “o negro morre antes” (1998, p.100).

Em se tratando da saúde de pessoas negras, especificamente sujeitos negros em conflito com a lei, dialogo sobre as práticas mortais direcionadas a esses corpos. Assim como no artigo de Ana Flauzina e Thula Pires (2020), nesse momento me assentarei na discussão sobre as repercussões da pandemia da covid-19 para os sujeitos negros, trazendo à tona importantes análises produzidas por epistemes negras. As autoras nos convidam a pensar sobre as “artimanhas da morte desejada, produzida e naturalizada pelas políticas do Estado” (FLAUZINA; PIRES, 2020, p.76), que possui como principal alvo o corpo negro. Ao pensarmos nas recomendações sanitárias para contenção do vírus, nos reportamos ao sistema prisional como um espaço que vai na contramão dessas estratégias, tornando-se um ambiente

---

<sup>68</sup> Outra discussão que vai ao encontro do que foi mobilizado até aqui é o que Silvio Almeida e Pedro Davoglio explicitam na tradução do livro de Michelle Alexander (2017) sobre o conceito de neutralidade racial: “*colorblindness*, em sua tradução literal, significa “daltonismo”, alusão à incapacidade ou dificuldade de distinguir as cores. De fato, o racismo do sistema de justiça não se dá como uma espécie de ‘cegueira’ em relação à raça, mas como uma *incapacidade* de reconhecer o quanto o fator racial é determinante. Por ser deliberadamente ‘daltônico’ – e não cego – é que o sistema de justiça mantém seu funcionamento seletivo e pode sustentar um discurso que apregoa a neutralidade (e a imparcialidade), ao mesmo tempo que opera de modo seletivo contra pessoas negras” (ALMEIDA; DAVOGLIO, 2017, p.10).

ideal para a reprodução e propagação da doença. Em suma, o que ocorre em tal cenário é uma espécie de “isolamento aglomerado” (FLAUZINA; PIRES, 2020) da população prisional.

Em grande medida a covid-19 foi o estopim para uma pandemia há muito tempo instalada no sistema prisional: a morte gradual e lenta dos presos, em destaque, diga-se de passagem, os negros. Considerando que os dados de contaminados e óbitos de covid-19 no sistema prisional não foram divulgados pelas lentes do quesito raça/cor, não é possível afirmarmos com veemência que o maior número de óbitos foi de presos negros, contudo, tendo em mente que a prisão é um espaço repleto de corpos negros, não seria errôneo da nossa parte propor esta hipótese<sup>69</sup>.

Há de se destacar que o racismo, como determinante em saúde, vai materializando o perfil racial das mortes por covid-19 no Brasil. Sabe-se que os negros apresentam as maiores comorbidades entendidas como fatores de risco para o adoecimento e complicações por covid-19, dentre as quais destacam-se: diabetes, tuberculose, hipertensão, anemia-falciforme e doenças renais crônicas. Esse quadro é, em parte, resultado do longo processo de desatenção à saúde desse segmento no país. Somadas a essas condicionantes estão as fragilidades das condições de vida que vão construindo o campo minado em torno da viabilidade da vida negra resultando num quadro devastador. (FLAUZINA; PIRES, 2020, p.86).

Assim como outras doenças, os efeitos da pandemia do novo coronavírus sobre a população negra não é mera coincidência. São resultantes de uma histórica imbricação entre raça, saúde, classe e, nesse caso, a prisão. A respeito disso, alguns dos profissionais entrevistados consideraram, de certa forma, essa conjuntura ao mencionarem as vulnerabilidades sociais vivenciadas por presos negros e não-negros. Todavia, o que foi dito por eles parece nos mostrar uma equiparação entre os sujeitos de ambas as raças, inclusive em termos de saúde biopsicossocial. Nesse sentido, interpreta-se que as experiências vulneráveis são vivenciadas e sentidas da mesma forma por presos negros e brancos. Importante salientar que as falas foram proferidas até mesmo por profissionais não-brancos. Ao que se deve este pensamento quando os indicadores sociais de adoecimento, mortalidade e encarceramento da população negra o tempo todo nos mostram um cenário oposto? Às hipóteses mobilizadas no capítulo 2, adiciono o que Barbosa discute sobre a urgência de produções acadêmicas voltadas a esse assunto, mas que se aproxima do debate aqui proposto: “o racismo tem imposto, de um

---

<sup>69</sup> “Parece ser impossível não enxergar a principal cor do maior índice de letalidade da pandemia do novo coronavírus. Mas a invisibilização racial provocada pelo racismo estrutural e pelo mito da democracia racial, juntamente com o egoísmo das elites econômicas e políticas e a lógica privada do capitalismo aguçam ainda mais a naturalização da desigualdade racial e socioeconômica nesses tempos” (GOMES, 2020).

modo geral, duas posturas analíticas no campo da saúde: ignorar ou interpretar como pertinente ao ser a experiência da população negra neste campo” (BARBOSA, 1998, p.28).

Durante a escrita desta dissertação e até mesmo quando a propus, internamente eu esperava que este assunto acarretaria tensões e posicionamentos fundamentais para a discussão, a despeito de serem contrários à posição da autora. Primeiramente, falar de prisão é algo extremamente complexo e turbulento, tendo em vista seus inúmeros arranjos e significados e como este sistema é visto pela sociedade em geral. Segundo, discutir raça e racismo sempre foi um assunto perturbador de ser tratado, sempre foram ideologias negadas e, portanto, se não existem não há por que debatê-las. Em terceiro lugar, falar de SUS talvez não seja algo tão “polêmico”, digamos assim, considerando que, em maior ou menor escala, todos somos seus usuários e usufruímos desse sistema. Agora, relacionar essas três instâncias, entendendo-as enquanto distintas e, ao mesmo tempo, combinadas em determinadas circunstâncias, desde o princípio me pareceu ousado e, talvez, arriscado. Como eu poderia me atrever a pensar em saúde para presos negros quando toda uma massa populacional e estatal vai na contramão do que proponho? Como eu poderia pensar na vida dessas pessoas quando todo o resto vibra com sua morte? Não sei se nos meandros desta pesquisa encontrei respostas objetivas e convincentes, penso que talvez as encontre em minhas vivências e experiências fora das linhas deste trabalho.

“O preto está colocado na linha de frente do perigo”. Esta fala do rapper Mano Brown no podcast realizado com a filósofa e ativista Sueli Carneiro ilustra e sintetiza perfeitamente um dos pontos principais desta pesquisa. Utilizo como prerrogativa a convicção do negro enquanto ser histórico, político e, concomitantemente, objeto de profundo desprezo do branco. As técnicas de dominação direcionadas a estes corpos os colocam em posições de constante e permanente ameaça à vida, seja dentro, seja fora das muralhas prisionais. Em outras palavras, “o casamento incestuoso entre racismo e sistema penal” (FLAUZINA, 2006, p.42) produz efeitos mortíferos e irreparáveis aos corpos negros. O racismo é quem dá vida e sustenta o sistema prisional, ao mesmo tempo em que é ele quem chancela quem deve viver ou morrer.

Ratifico que minhas afirmações não significam uma escala de importância ou meritocrática entre os presos negros e não-negros. Muito pelo contrário, desde o princípio busquei delinear as configurações sociais e raciais que subjazem às prisões, considerando a (não)saúde como parte intrínseca a tal sistema. Todavia, a discussão está centrada nas diferentes formas de existir, resistir e sobreviver no mundo da cadeia, as quais se inserem em campos diversos e sob diferentes perspectivas a partir de práticas e condutas operadas sob a égide do

racismo estrutural e institucional. Com isso, o que pretendo dizer é o que Sueli Carneiro, no podcast com Mano Brown, sugere ao apontar que “toda pessoa branca, queira ou não, é beneficiária do racismo. Toda pessoa branca, a despeito de sua vontade, é beneficiada por tudo que o racismo produz”.

O que Sueli nos traz é o panorama apresentado pelos índices de encarceramento em massa da população negra. A pesquisadora ainda complementa sua fala: “o racismo é uma ideologia para produzir privilégios de um grupo em detrimento de outro”. Ora, se o racismo beneficia pessoas não-negras e a elas são destinados privilégios produzidos por essa tecnologia de poder, como é possível afirmar que não há diferenciação entre presos negros e brancos em relação à sua saúde, especificamente? Toda a discussão até aqui responde que simplesmente não é possível. Ainda que ambos estejam sob a custódia e gerência do Estado, ao branco é destinado o benefício de não ser preso e morto pela polícia pelo simples fato de ser branco. Ao homem não-negro não é atribuído uma marca de nascença que denuncia sua potencialidade para o crime; a todo homem branco, independentemente de qualquer outro marcador social, a prisão não é um mecanismo precípua; a eles, o SUS atua sem complexidades, sem processos discriminatórios e que resultam em elevados indicadores sociais de adoecimento e mortalidade por causas tratáveis e evitáveis. Embora a pesquisa não tenha alcançado essa dimensão, de maneira geral e até mesmo na prisão, ao homem branco é reservado o topo da pirâmide social e, portanto, a vantagem e o direito de existir sem ser tomado como alvo pelas instâncias governamentais e de controle.

Mano Brown foi assertivo quando lançou a seguinte frase: “me ver pobre, preso ou morto já é cultural” (NEGRO..., 2002). É exatamente esse um dos pontos nevrálgicos nos quais a pesquisa se fundamenta. É através dos entrelaçamentos dessa tríade que é proposta a reflexão e o debate sobre a política de saúde no interior das prisões (especificamente sobre os pressupostos que subsidiam a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN e sua possibilidade de existência na UBSp do Presídio Central de Porto Alegre - PCPA).

Por meio de todo esse escopo analítico, tudo indica que o sistema prisional é um “sistema de controle social racializado” (ALEXANDER, 2017, p.77) e, portanto, especializado em promover a morte de corpos negros, já que possui uma inata “vocalização para o extermínio” (FLAUZINA, 2006, p.29) dessas vidas. A saúde, nesse sentido e em seu mais amplo significado, é mais uma das ilhas neste imenso arquipélago chamado prisão. Ilha que responde

às condições mínimas de sobrevivência e manutenção da vida nesse espaço. A ela é atribuída, definitivamente, o caráter de resistência frente aos excessos produzidos pelo sistema penal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação nada mais é do que o resultado de experiências, inquietações e descobertas associadas à minha vida pessoal e profissional. Ainda que apresentem um caráter científico e acadêmico, os escritos desta pesquisa são relatos e narrativas de vivências, sensações e emoções que perpassaram e ainda perpassam a existência da autora. Levando em conta tais elementos, a pesquisa foi desenvolvida sob o prisma de três assuntos centrais: raça, saúde e prisão. Considerando um diálogo permanente e articulado entre os três conceitos, a dissertação foi construída baseando-se em seus múltiplos desdobramentos e significados.

A apresentação deste trabalho foi composta por um importante relato de minha vida enquanto irmã de um ex-detento e tudo o que reverbera através e a partir da experiência prisional. Além, evidentemente, de alguns elementos introdutórios sobre as barreiras e entraves para a execução da pesquisa e sobre como o estudo foi estruturado. No capítulo primeiro, a discussão se assentou em torno de questões territoriais e demográficas que atravessam a prisão e culminam no aprisionamento massivo de corpos negros. Através desses fatores, as noções de sujeição criminal e racismo estrutural foram postas em debate como forma de compreender de que forma e porque o sistema prisional é construído e sustentado por meio de sujeitos negros.

Na segunda parte, a discussão esteve centrada nas dinâmicas do SUS dentro do complexo prisional. Através do olhar dos profissionais que atuam no espaço e de minha própria experiência como profissional de saúde, as reflexões voltaram-se para as práticas de cuidado e técnicas de fazer saúde no interior de uma cadeia, as quais são orquestradas tanto pelos trabalhadores quanto pelos próprios detentos, tendo em vista os fluxos e processos internos. Ainda nesse item, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi mobilizada através de seus pressupostos, visando evidenciar e sustentar a discussão acerca de uma saúde distintamente distribuída entre negros e não-negros privados de liberdade. Para isso, os profissionais de saúde foram questionados sobre suas práticas de trabalho e a operacionalização dos princípios da PNSIPN. No terceiro e último capítulo, como forma de resgatar as ponderações realizadas, foi proposta a formação da tríade raça-saúde-prisão enquanto elementos que se conectam e estabelecem processos de governabilidade e poder sobre os corpos encarcerados, especialmente os não-brancos.

Considerando todo o arcabouço teórico mobilizado e considerando os apontamentos e reflexões dos interlocutores envolvidos nessa pesquisa, entende-se que o debate sobre a PNSIPN no contexto prisional passa pelo crivo de uma estratégia de saúde que promove tensões

e a coloca enquanto uma política negativamente discriminatória. De acordo com os dados levantados e os estudos mobilizados, marcadores sociais como classe, território e raça são elementos que caminham lado a lado do sistema prisional. Isto é, as prisões são constituídas a partir dessa categorização. Ao longo da escrita desta dissertação, foi possível entender a saúde como um mecanismo capaz de determinar a vida ou a morte da população prisional. No Presídio Central de Porto Alegre, ao analisar esta política voltada especificamente para o contingente negro, percebi a materialização dos elementos que compõem a tríade raça-saúde-prisão.

Tendo em mente que o estudo apresentado foi um passo inicial e desafiador tanto para o campo da Sociologia quanto para o pensar de minha própria existência e experiências já vividas, todas as reflexões realizadas estão imbuídas por sensações, sentimentos e percepções que ultrapassam as normativas acadêmicas dessa escrita. As ponderações de meus interlocutores me remeteram ao rigor que é permanecer com saúde nas prisões e ainda buscar promovê-la através de um SUS que é para todos, a despeito de atingir diferentes dimensões para os diferentes segmentos populacionais. Em outros termos, a saúde dentro de uma cadeia adquire dois polos distintos: de um lado, técnicas para o deixar morrer por meio das perversas dinâmicas do sistema e através de uma arquitetura extremamente precária; de outro, estratégias mínimas para poder respirar e sobreviver em meio ao caos, as quais se traduzem em práticas de resistência operadas tanto pelos profissionais de saúde quanto pela própria massa carcerária.

Entende-se a dureza e rigidez de um espaço prisional; entende-se a prisão como uma instituição total permeada por dispositivos de poder e controle que colocam a vida dos sujeitos em constante ameaça; entende-se a cadeia como um “depósito estéril de corpos negros” (FLAUZINA, 2017, p. 11), em que a saúde se coloca como um desafio permanente aos trabalhadores. Entende-se, em suma, que fazer saúde no contexto prisional não está, na prática, ao encargo da instituição em si. Ela é conferida aos trabalhadores através de suas atribuições e aos presos por meio de práticas internas à comunidade.

Desse modo, a dissertação não buscou analisar a política de saúde prisional pelas lentes das legislações e decretos governamentais. A discussão se assentou nas conexões estabelecidas entre raça, saúde, território e prisão, a fim de interpretar a construção social desses elementos e os efeitos dessa confluência. Assim, as reflexões me levaram a acreditar que o sistema prisional é um maquinário de moer gente preta e a saúde, nessa conjuntura, se desvela como uma possibilidade de protelar a morte, já que, notoriamente, ela virá. Resta nos perguntar quando.

## REFERÊNCIAS

- ADICHIE, Chimamanda Ngozie. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.
- AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo? **outra travessia**, Florianópolis, n. 5, p. 9-16, jan. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576/11743>. Acesso em: 11 jun. 2022.
- ALEXANDER, Michelle. **A nova segregação**. Racismo e encarceramento em massa. São Paulo: Boitempo, 2017.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de; DAVOGLIO, Pedro. Nota sobre a tradução. In: ALEXANDER, Michelle. **A nova segregação**. Racismo e encarceramento em massa. São Paulo: Boitempo, 2017.
- ALMEIDA, Silvio. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais).
- ALVES, Enedina do Amparo. **Rés negras, judiciário branco: uma análise da interseccionalidade de gênero, raça e classe na produção da punição em uma prisão paulistana**. 2015. 173 f. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.
- ANDRADE, Luciana Teixeira; SILVEIRA, Leonardo Souza. Efeito-território: explorações em torno de um conceito sociológico. **Civitas**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 381-402, maio-ago. 2013.
- ARAÚJO, Edna Maria de *et al.* A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.31, p.383-394, out./dez. 2009.
- ÁVILA, Ana. Por que o Presídio Central e outras cinco unidades prisionais mudaram de nome no RS? **Sul 21**, Porto Alegre, 11 fev. 2017. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/areazero/2017/02/por-que-o-presidio-central-e-outras-cinco-unidades-prisionais-mudaram-de-nome-no-rs/>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- BARBOSA, Maria Inês da Silva. **Racismo e Saúde**. 1998. 139 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- BATISTA, Nilo. **Novas tendências do direito penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.
- BELLOCH, Amparo; OLABARRIA, María Begoña. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. **Clínica y Salud**, Madrid, v. 4, n. 2, p. 37-45, 1993.
- BORGES, Juliana. **Encarceramento em Massa**. São Paulo: Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. **Estatuto da Igualdade Racial**. Brasília: Presidência da República, 2010.

BRASIL. **Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Presidência da República, 1984. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7210.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7210.htm). Acesso em: 11 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Segurança Pública. Fundação Oswaldo Cruz. **Prisões Livres de Tuberculose**. [online] [s.l.]: [s.d.]. Disponível em: <https://www.prisoeslivresdetb.com.br/>. Acesso em: 9 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm). Acesso em 11 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf). Acesso em: 9 jun. 2022.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 1ª ed. Brasília: Presidência da República, 2004.

CARVALHO, Sérgio Garófalo; SANTOS, Andreia Beatriz dos; SANTOS, Ivete Maria. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 3493- 3502, ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n9/3493-3502/pt>. Acesso em: 11 jul. 2022.

CASA de onde foi cavado túnel para cadeia fica próxima a sedes da PM. **G1 RS**, Porto Alegre, 22 fev. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2017/02/casa-de-onde-foi-cavado-tunel-para-cadeia-fica-proxima-sedes-da-pm.html>. Acesso em: 10 abr. 2022.

CONNECTAS DIREITOS HUMANOS. **Carcerópolis** [online]. São Paulo: Conectas Direitos Humanos, 2022. Disponível em: <https://carceropolis.org.br/dados/>. Acesso em: 12 jul. 2022.

CONFERÊNCIA DE DURBAN. **Declaração e Programa de Ação adotados na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata**. Durban, África do Sul, 2001.

CONHEÇAM Dona Maria Thereza! [S.l.: s.n.], 2019. 1 vídeo (14 min). Publicado pelo canal Elas Resistem. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=LZRmkOpl\\_c&ab\\_channel=ElasResistem](https://www.youtube.com/watch?v=LZRmkOpl_c&ab_channel=ElasResistem). Acesso em: 4 jun. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Boletim mensal CNJ de monitoramento covid-19**. Brasília: CNJ, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/04/boletim-covid-19-marco2022.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

DIÁRIO Gaúcho: Barulho de tiros em treinamento da Brigada Militar incomoda moradores de Porto Alegre. **Portal de Notícias ASSTBM**, Porto Alegre, 23 jun. 2017. Disponível em: <https://www.asstbm.org.br/2017/06/23/diario-gaucha-barulho-de-tiros-em-treinamento-da-brigada-militar-incomoda-moradores-de-porto-alegre/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

ENCONTRO Transversal: o cuidado em situações extremas - Profa. Andreia Beatriz Silva dos Santos. São Paulo, 7 jul 2021. 1 vídeo (132 min). Publicado pelo canal Laboratório de Estudos e Avaliação em Saúde UNIFESP. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7WVSzfmeg-o&t=2082s>. Acesso em: 11 abr. 2022.

ESTADO amplia atendimento à saúde prisional. **Secretaria da Saúde RS** [online], [s.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/estado-amplia-atendimento-a-saude-prisional>. Acesso em: 10 abr. 2022.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 22, n. 12, p.3831-3840, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DjfyCT7p7vppXr6HLwvbgjD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2022.

FERRAZ, Eliziane. **A política nacional de atenção integral à saúde no sistema prisional: uma experiência em Serviço Social na perspectiva da reintegração social**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. Apresentação. In: ALEXANDER, Michelle. **A nova segregação: racismo e encarceramento em massa**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. **Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro**. 2006. 145 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro; PIRES, Thula. Políticas da morte: Covid-19 e os labirintos da cidade negra. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v.10, n.2, p.74-92, 2020.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FREITAS, Felipe da Silva. A naturalização da violência racial: escravismo e hiperencarceramento no Brasil. **Perseu: História, Memória e Política**, n. 17, p. 37-59, 2019.

GARCIA, Guilherme. Crise do abastecimento | A falta d'água nos bairros pobres de Porto Alegre é fruto da negligência capitalista. **Esquerda Diário**, 14 fev. 2022. Disponível em: <https://www.esquerdadiario.com.br/A-falta-d-agua-nos-bairros-pobres-de-Porto-Alegre-e-fruto-da-negligencia-capitalista>. Acesso em: 18 mar. 2022.

GODOI, Rafael; ARAÚJO, Fábio; MALLART, Fábio. Espacializando a prisão: A conformação dos parques penitenciários em São Paulo e no Rio de Janeiro. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 591-611. set./dez. 2019.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. São Paulo: LTC, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva S.A., 1974.

GOMES, Nilma Lino. Igualdade racial: da política que temos à política que queremos. In: SADER, Emir (org.). **O Brasil que queremos**. Rio de Janeiro: UERJ; LPP, 2016.

GOMES, Nilma Lino. Racismo e novo coronavírus: armas mortíferas no Brasil. **Nexo Jornal**, Debate, [online] 3 jul. 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/Racismo-e-novo-coronavirus-armas-mortiferas-no-Brasil>. Acesso em: 29 jun. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: tabela 2093 - população residente por cor ou raça, sexo, situação do domicílio e grupos de idade. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2093>. Acesso em: 30 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual**: tabela 6408 - população residente, por sexo e cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408>. Acesso em: 30 abr. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª ed. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <https://ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

LIMA, Renato Sérgio; BUENO, Samira; ALCADIPANI, Rafael. Evolução das mortes violentas intencionais no Brasil. In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Ano 15, [s.l.]: FBSP, 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

LIVE DO INFORMASUS UFSCAR. Experiências de APS na pandemia: vidas no cárcere. 1 vídeo (151 min). Publicado no canal InformaSUS UFSCar. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=un4DNd585nU>. Acesso em: 30 abr. 2022.

LOPES, Fernanda. Raça, saúde e vulnerabilidades. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**. Raça, etnia e saúde. São Paulo, n. 31, dez. 2003.

LOPES, Fernanda. Vamos fazer um teste: qual é a sua cor? A importância do Quesito cor na saúde. In: BATISTA, Luís Eduardo. Saúde da População Negra no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista – BEPA**, São Paulo, CVE, n. 4, supl.1. p.84-88, maio 2007.

LOPES, Fernanda; WERNECK, Jurema. Saúde da População Negra: da conceituação às políticas públicas de direito. In: WERNECK, Jurema (org.). **Mulheres negras**: um olhar

sobre as lutas e as políticas públicas no Brasil. [S.l.]: Criola, 2010. p. 5-22. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/886/81.pdf?sequence>. Acesso em: 12 jul. 2022.

MACHADO, Jaqueline. **Tuberculose nas prisões**: as características organizacionais do Presídio Central de Porto Alegre e a adesão ao tratamento da tuberculose. 2017. 95 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

MALLART, Fábio. As pílulas e a prisão: produção e gestão do sofrimento. **Le Monde Diplomatique Brasil**, [online] n. 104, 1 mar. 2016. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/as-pilulas-e-a-prisao-producao-e-gestao-do-sofrimento/>. Acesso em: 5 maio 2022.

MALLART, Fábio. O arquipélago. **Tempo Social**, revista de sociologia da USP, v. 31, n. 3, p. 59-79, 2019a.

MALLART, Fábio. **Findas linhas**: circulações e confinamentos pelos subterrâneos de São Paulo. 2019b. 270 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019b.

MALLART, Fábio; ARAÚJO, Fábio. Causa mortis determinada: a prisão. **Le Monde Diplomatique Brasil**, [online] 29 abr. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/causa-mortis-determinada-a-prisao/>. Acesso em: 5 maio 2022.

MALLART, Fábio; ARAÚJO, Fábio. Uma rua na favela e uma janela na cela: precariedades, doenças e mortes dentro e fora dos muros. **Sociedade e Estado**, v. 36, n. 1, jan./abr. 2021.

MALLART, Fábio; GODOI, Rafael. Vidas matáveis, morte em vida e morte de fato. **Le Monde Diplomatique Brasil**, [online] n. 100, 2 out. 2017. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/vidas-mataveis-morte-em-vida-e-morte-de-fato/>. Acesso em 5 maio 2022.

MANO a Mano podcast: Mano Brown recebe Sueli Carneiro. 1 podcast (139 min). [s.l.]: Spotify, 2022.

MARKO, Katia; REINHOLZ, Fabiana. “Judiciário parece viver em uma bolha”, diz juíza Sonáli da Cruz Zluhan. **Brasil de Fato**, Porto Alegre, 11 dez. 2021. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/12/11/judiciario-parece-viver-em-uma-bolha-diz-juiza-sonali-da-cruz-zluhan>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MBEMBE, Achille. A ideia de um mundo sem fronteiras. **serrote**, Instituto Moreira Salles [online], n. 31, maio 2019. Disponível em: [revistaserrote.com.br/2019/05/a-ideia-de-um-mundo-sem-fronteiras-por-achille-mbembe/](http://revistaserrote.com.br/2019/05/a-ideia-de-um-mundo-sem-fronteiras-por-achille-mbembe/). Acesso em: 10 maio 2022.

MBEMBE, Achille. **Crítica da Razão Negra**. 1ª ed. [S.l.]: Antígona. 2014.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, n. 32, p. 123-151, dez. 2016.

MBEMBE, Achille. O direito universal à respiração. **Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/598111-o-direito-universal-a-respiracao-artigo-de-achille-mbembe>. Acesso em: maio/2022.

MENDES, Letícia. Moradores da Vila Maria da Conceição tentam preservar gruta que marca história de Maria Degolada. **Zero Hora**, Porto Alegre, 12 jan. 2022. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2022/01/moradores-da-vila-maria-da-conceicao-tentam-preservar-gruta-que-marca-historia-de-maria-degolada-ckyc1yzxj007v018882r2khfq.html>. Acesso em: 12 jul. 2022.

MILANEZI, Jaciane. Qual a função do quesito raça/cor no SUS? Por que burocracias o silenciam? **Nexo Jornal**, Políticas Públicas – opinião, [s.l.], 29 jun. 2020. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/opiniaio/2020/Qual-a-função-do-quesito-raçacor-no-SUS-Por-que-burocracias-o-silenciam>. Acesso em: 10 jun. 2022.

MILANEZI, Jaciane. Silêncio: reagindo à saúde da população negra em burocracias do SUS. **Boletim de Análise Político-Institucional**, [s.l.], n. 13, p. 37-43, out. 2017.

MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. **Lua Nova**, São Paulo, n. 79, p. 15-38, 2010.

MULHERES de apenados: visita íntima. In: **RETRATOS do cárcere**. 1ª temporada, episódio 6. Direção: Tatiana Sager. Roteiro: Renato Dornelles. Brasil, 2020. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=hOyK5HUKUN0&ab\\_channel=FalangeTV](https://www.youtube.com/watch?v=hOyK5HUKUN0&ab_channel=FalangeTV). Acesso em: 12 jul. 2022.

MUNANGA, Kabengele. Negritude e identidade negra ou afrodescendente: um racismo ao avesso? **Revista da ABPN**, v. 4, n. 8, p. 6-14, jul./out. 2012.

NEGRO DRAMA. Intérprete: Racionais MC's. Compositor: Mano Brown e Edi Rock. 1 faixa (6min). In: **NADA como um dia após o outro**. 1 CD (107min). Intérprete: Racionais MC's. São Paulo: Cosa Nostra, 2002.

NOGUEIRA, Isildinha Baptista. **Significações do Corpo Negro**. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

OBSERVAPOA. Análises comparativas intraurbanas. In: **OBSERVAPOA. Porto Alegre em Análise** [online], [s.d.]. Disponível em: [http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?analises=10\\_234\\_0](http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?analises=10_234_0). Acesso em: 4 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão para os determinantes sociais da saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração**: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final. Genebra: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção primária à saúde. In: OPAS; OMS [online], [s.l.]: [s.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 9 jun. 2022.

ORNELAS, Denize. Entenda os desafios para a coleta de dados sobre cor e raça no SUS. Entrevista concedida a Semayat Oliveira. **Nós, mulheres da periferia**, 18 set. 2020. Disponível em: <https://bityli.com/RxCFXh>. Acesso em: 30 abr. 2022.

PASSOS, Iara Cunha. **A brigada militar no presídio central de porto alegre**: o trabalho do policial militar e a mediação de conflitos. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação

em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega de Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 jul. 2022.

PORTO ALEGRE. **GeoSaúde**. Porto Alegre: PMPA, [s.d.]. Disponível em: [https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=917](https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=917). Acesso em: 11 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Cultura. Centro de Pesquisa Histórica. **História dos bairros de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2011. Disponível em: [https://rgp1poa.files.wordpress.com/2011/10/historia\\_dos\\_bairros\\_de\\_porto\\_alegre.pdf](https://rgp1poa.files.wordpress.com/2011/10/historia_dos_bairros_de_porto_alegre.pdf). Acesso em: 10 mar. 2022.

QUEIROZ, Joana. Morar perto de delegacias e quartéis: risco ou segurança para os ‘vizinhos’? **A Crítica**, Manaus, 12 jun. 2016. Disponível em: <https://www.acritica.com/manaus/morar-perto-de-delegacias-e-quarteis-risco-ou-seguranca-para-os-vizinhos-1.138587>. Acesso em: 10 abr. 2022.

RADIS. [online] Rio de Janeiro, c2018. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 5 jun. 2022.

RUDNICK, Dani. Os oficiais da Polícia Militar que comandam o Presídio Central de Porto Alegre. **O público e o privado**, n. 26, p. 177-206, jul./dez. 2015.

RUI, Taniele; MALLART, Fábio. A Cracolândia, um potente conector urbano. **Le Monde Diplomatique Brasil**, n. 99, 2015, p. 30-31. Disponível em: <http://diplomatique.org.br/a-cracolandia-um-potente-conector-urbano/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos. **Olhar por entre grades, vidas em poemas**. Salvador: Editora Reaja, 2020a.

SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos. Identificação dos problemas de saúde entre pessoas privadas de liberdade. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 210-218, jan./mar. 2020b.

SILBERMANN, Dany Delfim. **Contiguidade cidade-prisão: efeitos da segregação socioespacial no entorno da Cadeia Pública de Porto Alegre/RS**. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) – Faculdade de Arquitetura, Urbanismo e Design, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

SISDEPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SOARES, Elaine Oliveira. Um perfil das condições de saúde da população negra de Porto Alegre. **Boletim Epidemiológico**, n. 44, CGVS/SMS, Porto Alegre, out. 2010.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro**: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS. **Decreto altera seis denominações de estabelecimentos prisionais e cria outras nove**. 2017. Disponível em: [http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod\\_conteudo=2733&cod\\_menu=4](http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_conteudo=2733&cod_menu=4). Acesso em: 10 mar. 2022.

SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS. Mapa Prisional. Atualizado em 8 jul. 2022. In: DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA E EXECUÇÃO PENAL. **Susepe** [online], Porto Alegre, 2022. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/capa.php>. Acesso em: 3 jun. 2022.

TELLES, Vera. A violência como forma de governo. **Le Monde Diplomatique Brasil**, n. 139, 31 jan. 2019. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-violencia-como-forma-de-governo/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

WOLLMANN, Lucas et al. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de contingência para o novo coronavírus (covid-19) no sistema penitenciário de Porto Alegre**. Porto Alegre: SUS; PMPA; SMS, 2020. Disponível em [https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu\\_img/hotsites/gp/coronavirus/PLANO%20DE%20CONTING%C3%8ANCIA%20-%20SAUDE%20PRISIONAL%20-%20SET20.pdf](https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_img/hotsites/gp/coronavirus/PLANO%20DE%20CONTING%C3%8ANCIA%20-%20SAUDE%20PRISIONAL%20-%20SET20.pdf). Acesso em: 12 jul. 2022.

XAVIER, Lucia. “As cartas não mentem jamais”: quando o direito humano à saúde é negado. In: PIRES, Thula; FREITAS, Felipe. (org.). **Vozes do cárcere**: ecos da resistência política. Rio de Janeiro: Kitabu, 2019, p. 344.

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

**Título da Pesquisa: A PNSIPN na unidade de saúde prisional do Presídio Central de Porto Alegre: produção de saúde para corpos negros encarcerados.**

Estamos realizando uma pesquisa cujo objetivo é identificar as condições e possibilidades de efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSp) do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA), a fim de compreender se a raça se coloca como fator primordial para os cuidados em saúde dentro deste universo.

A metodologia a ser utilizada envolve aplicação de questionário online com perguntas abertas e fechadas com os agentes de saúde que atuam na UBSp do PCPA. Antes de iniciar o questionário, o participante poderá acolher ou não a proposta através do aceite online do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Destaca-se que os resultados deste estudo buscam contribuir para as possibilidades de efetivação e existência da PNSIPN em um universo racializado, como forma de promover a saúde de homens negros privados de liberdade.

A pesquisa poderá oferecer riscos mínimos relacionados ao cansaço para responder o questionário, riscos relacionados ao meio digital como identificação e vazamento de dados. Como benefícios e desfecho da pesquisa, considera-se a contribuição para as possibilidades de efetivação e existência da PNSIPN em um universo racializado, como forma de promover a saúde de homens negros privados de liberdade. As respostas para o questionário da pesquisa levarão, em média, 25 minutos (20 minutos para as questões abertas e 5 para as fechadas), e ao término será automaticamente enviado para o email da orientanda em questão. O prazo disponibilizado para devolução do questionário será de 15 (quinze) dias, a partir da data do envio.

Ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não implica necessariamente em qualquer modificação em sua vida. Fica estabelecido que todas as informações que decorram das entrevistas abertas, por escrito, com algumas perguntas sociodemográficas iniciais fechadas, ficarão armazenadas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo período de 5 anos. Estas informações serão utilizadas para fins de análise na composição da dissertação de mestrado e produção acadêmica em periódicos científicos. A dissertação que será realizada não permitirá a identificação dos participantes da pesquisa, sendo resguardado o sigilo sobre essa participação. Salientamos que o aceite deste termo não exclui a possibilidade do participante buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa, como preconiza a Resolução 466/12.

O projeto foi avaliado pelo CEP-UFRGS, órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar, emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição. Caso tiver qualquer pergunta sobre esse estudo, sobre os meus direitos como participante ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso contatar o pesquisador coordenador pelo e-mail [alexandre.magalhaes@ufrgs.br](mailto:alexandre.magalhaes@ufrgs.br) - (21) 98007-7417 ou [carolassistsocial@gmail.com](mailto:carolassistsocial@gmail.com) - (51) 98402-1406 / Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Av. Paulo Gama, 110, Sala 311 - Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro - Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060 - Fone: +55 51 3308 3738 - E-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)).

## APÊNDICE B

### Questionário de pesquisa para profissionais

**1. Perfil dos profissionais** - nesta seção serão questionadas características pessoais de cada profissional, como forma de conhecer o perfil daqueles que atuam na unidade de saúde do PCPA.

Identidade de Gênero: ( )mulher cis ( )homem cis ( )mulher trans ( )homem trans ( )não-binário ( )agênero

Raça/Cor: ( )preto ( )pardo ( )branco ( )amarelo ( )indígena

Idade: ( )18-30 anos ( )30-40 anos ( )40-50 anos ( )acima de 50 anos

Profissão exercida dentro do PCPA: ( )assistente social ( )psicólogo(a) ( )enfermeiro(a) ( )médico(a) clínico ( )técnicos(as) e auxiliares de enfermagem

Tempo de trabalho na instituição: ( )até 1 ano ( )1-5 anos ( )5-10 anos ( )mais de 10 anos

**2. O SUS dentro do PCPA** - neste item serão abordadas questões acerca da política de saúde no contexto prisional.

1. O que tu entendes por saúde?
2. Como tu percebes a efetivação da saúde dentro do contexto prisional?
3. Quais as principais dificuldades enfrentadas no teu cotidiano de trabalho?
4. Quais os pontos positivos de trabalhar com saúde no sistema prisional?
5. E quais os pontos negativos de trabalhar com a saúde neste contexto?
6. Existe algum sistema informatizado do SUS para registrar os atendimentos realizados? Se existe, poderia me dizer como ele funciona?
7. Como se dá o acesso do preso aos serviços da unidade de saúde prisional?
8. Como é a relação entre você e o preso na unidade de saúde? Complemente sua resposta citando as estratégias utilizadas para fortalecer esta relação ou até mesmo um caso específico que tenha ocorrido.
9. Por gentileza, cite os serviços realizados pela unidade de saúde prisional voltados aos presos.
10. São realizados atendimentos externos em saúde para a população presa? Por exemplo, em outras instituições de saúde.
12. Achas que existem diferenças entre os atendimentos em saúde dentro e fora do PCPA?

**3. A saúde de homens negros\* encarcerados no PCPA** - neste item serão abordadas questões acerca da compreensão profissional sobre a promoção e prevenção em saúde para os homens negros que se encontram encarcerados no PCPA.

\*de acordo com IBGE, classificam-se como negros, sujeitos pretos e pardos.

1. Nos atendimentos realizados na unidade de saúde prisional, é questionado o item raça/cor do usuário atendido? Por gentileza, justifique sua resposta.
2. Onde esta informação é registrada?
3. Achas que é necessário fazer esse tipo de registro? Justifique sua resposta.
4. De modo geral, consideras que existe alguma diferença entre presos negros e brancos no que diz respeito à saúde (física, psíquica, social)?
5. Achas que existem diferenças entre presos negros e brancos quando falamos em prevenção e transmissão de agravos em saúde (especialmente IST's e respiratórias), continuidade do tratamento e cura?
6. Recordas se já ocorreu alguma ação/campanha sobre a questão racial dentro do PCPA vinda de alguma organização externa (ONG's, associações, igrejas, coletivos, etc.) ou do próprio presídio?
7. Tu conheces ou já ouviu falar da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)? Se sim, poderia falar um pouco do que se trata?