

A sindemia persistente: doenças crônicas e a Covid-19 no Sistema Prisional do Distrito Federal em 2020

Persistent syndemics: chronic diseases and Covid-19 in Federal District's Prison System in 2020

João Vitor Rodrigues Loureiro¹
joaovloureiro@gmail.com

Resumo

O artigo analisa, à luz do conceito de sindemia, proposto por Merrill Singer, os efeitos da disseminação da doença causada pelo novo Coronavírus (Covid-19) em estabelecimentos prisionais do Distrito Federal em 2020. O artigo consiste em uma análise exploratória dos dados disponíveis e reconhece que, apesar das limitações de dados e de um menor número de internações e doenças crônicas na população do sistema prisional distrital, é possível aplicar parcialmente o conceito de sindemia para a Covid-19 entre a população objeto deste estudo.

Palavras-chave: *Sindemia; Covid-19; Saúde; Prisões.*

Abstract

The article analyzes, in the light of the concept of syndemics, proposed by Merrill Singer, the effects of the spread of the disease caused by the new Coronavirus (Covid-19) in Brazilian Federal District's prison facilities in 2020. Consisting an exploratory analysis of the available data, this article recognizes that, despite data limitations and a smaller number of hospital admissions and chronic diseases among the district prison system's population, it is possible to partially apply the concept of syndemics for Covid-19 among the population object of this study.

Keywords: *Syndemia; Covid-19; Health; Prisons.*

¹ Doutorando em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Brasília (UnB). Integrante do Laboratório de Gestão de Políticas Penais da UnB.

Introdução

A pandemia pela doença provocada pelo novo Coronavírus (Covid-19) tem estreitado os laços conceituais entre os campos científicos das ciências sociais e da saúde. Em grande medida, as disparidades sociais existentes entre determinadas populações apontam para efeitos desproporcionais da pandemia, especialmente no que diz respeito à mortalidade e aos índices de prevalência da doença. Respostas a essas consequências desiguais da pandemia em diferentes contextos sociais dependem de um olhar transversal e atento para o conjunto de fatores causais que, separada ou simultaneamente, contribuem para maior propagação do vírus SARS CoV-2, ou maiores frequências de casos graves, internações hospitalares e óbitos.

Nesse sentido, uma ferramenta bastante útil para a compreensão da pandemia de Covid-19 é o conceito de *sindemia*, que define o agravamento de doenças ou determinadas condições de saúde em decorrência do meio econômico, social, ambiental e político no qual uma população se encontra. O termo, cunhado ainda em meados da década de 1990 por Merrill Singer, em estudo em antropologia da saúde sobre a pandemia de HIV/Aids no mundo, estaria "além da noção de uma doença adstrita a uma localidade ou população" (Mendenhall, 2017, 889, trad. do autor) e resultaria dos "processos de sinergismo entre agentes patógenos coexistentes, apontando para a importância determinante de condições sociais na saúde de indivíduos e de populações" (Mendenhall, 2017, 889, trad. do autor). O autor explorou, em seus estudos, como o abuso de drogas, a violência e a Aids (em inglês: *Substance Abuse, Violence and Aids*), em conjunto, contribuíam para a produção de efeitos graves em grupos pobres de centros urbanos nos Estados Unidos: o termo *sindemia SAVA* foi utilizado para descrever o fenômeno estudado, e contribuiu decisivamente para a mudança de paradigmas sobre as causas concorrentes da doença, agravada por fatores como a falta de moradia, a pobreza e a estigmatização social. (Singer, 1996, 1994)

De maneira bastante resumida, a teoria da *sindemia* indaga como fatores sociais, ambientais e econômicos afetam uma população de indivíduos. Uma *sindemia* se refere a duas ou mais doenças que se reforçam mutuamente, interagindo para produzir uma sobrecarga em uma população em razão de condições sociais prejudiciais (Singer et. al., 2017). Ou seja, em termos gerais, a teoria *sindêmica* se sustenta a partir de uma visão holística de saúde, na qual dois níveis principais de interação se destacam: (1) entre as próprias doenças e (2) entre as doenças e o ambiente social que contribui para o seu surgimento, sua focalização em um ou mais grupos sociais, e sua efetiva disseminação (Singer et. al., 2003).

Assim, uma *sindemia* poderia ser descrita como a combinação de mais de uma doença em contextos sociais que permitem ou reforçam a interação entre essas mesmas doenças. Em alguns casos, essas doenças concorrentes podem ser tratadas pela literatura epidemiológica como comorbidades, ou multi-

morbidades, o que é isoladamente insuficiente para a compreensão da *sindemia*. O que parece constituir maior divergência (e a essência do conceito) na literatura diz respeito ao segundo aspecto – as interações entre doenças e entre doenças e o contexto social. (Mendenhall; Singer, 2020, p. 214). Ou seja, em algumas situações, o meio social interage com a doença para produzir resultados desfavoráveis – como a estigmatização e a segregação – agravando ainda mais o quadro de sintomas e a própria saúde de modo geral.

É por essa razão que os estudos em *sindemia* privilegiam uma abordagem do conceito de *clustering*, ou a existência de *clusters*: verdadeiros aglomerados, ou agrupamentos segmentados, que reforçam a permanência de uma determinada doença no meio social, uma vez que as condições de vulnerabilidade, exposição, ausência de medidas profiláticas, controle e assistência adequada à saúde, e nível de interações sociais reforçam, nesses grupos, a continuidade e prevalência dessas doenças. A prisão (a população prisional) constitui um desses *clusters*. Escolhemos aqui abordar especificamente o caso do sistema prisional do Distrito Federal onde, como sugerem Crispim et. al. (2021), as prisões distritais compreendem 9,45% do total de casos de Covid-19 entre abril e agosto registrados nos sistemas prisionais brasileiros (no nível dos estados), tendo apresentado a maior taxa de incidência (10.695,77 casos para cada 100.000 internos).

Nesse sentido, agrupamentos sociais somam-se a aspectos geodeterminantes de saúde, e podem constituir ferramentas explicativas importantes para a persistência da doença provocada pelo novo coronavírus (Covid-19). Pessoas que ocupam espaços superlotados (como meios de transporte coletivo, ambientes de trabalho saturados e pouco ventilados, ou vivendo em coabitação em moradias pouco ventiladas ou com número expressivo de pessoas não sujeitas a isolamento) estão sujeitas a riscos adicionais à infecção pelo SARS-CoV-2, pelas vias tradicionais de infecção, gotículas ou aerossóis. Algumas configurações dos diversos espaços que constituem a experiência social podem explicar maior ou menor vulnerabilidade de quem os ocupa ao contágio e aos efeitos de doenças transmissíveis.

Ambiente natural, ambiente construído, nível de interatividade dos membros desses ambientes com membros pertencentes a outros ambientes, aspectos culturais e comportamentais de funcionamento da vida humana em determinados espaços ou a disponibilidade e atuação de equipamentos e serviços de saúde podem ser elementos centrais para melhores ou piores condições de saúde de uma população. Nesse sentido, a prisão demonstra-se como fator geodeterminante de interações que permitem reforçar ou garantir a permanência da Covid-19 nesse ambiente.

Além disso, o caso da Covid-19 é ainda mais desafiador por uma característica compartilhada por outras doenças transmissíveis: sua conjugação com agravos crônicos (transmissíveis ou não) preexistentes potencializa os riscos de desenvolvimentos de sintomas graves da doença. A exemplo da pandemia de HIV/Aids, que marcou de maneira mais acentuada as décadas de 80 e 90 do século passado, a atual pandemia de Covid-19 também aponta para como doenças preexistentes ou coexistentes corre-

lacionam-se para produzir resultados como internações hospitalares e óbitos. A título de exemplo, no que tange à hospitalização de pessoas no Brasil por Covid-19, estudo recente conduzido por Niquini *et. al.* (2020, p. 7), aponta que

em relação às comorbidades (diabetes mellitus, DCV, DRC e pneumopatias crônicas), sua prevalência entre os pacientes hospitalizados por SRAG-COVID no Brasil foi superior às estimativas para a população geral brasileira, ressaltando a hipótese de que este grupo apresenta maior chance de ser hospitalizado pela doença.

Singer *et. al.* (2017) sustentam que uma pandemia pode ser classificada como sindemia se verificadas as seguintes características: (1) um relato claro de doenças e condições de saúde, ou seja, da interação entre doenças, (2) uma descrição clara de condições socioambientais, e de que maneira elas são experimentadas como adversas por mentes e corpos humanos, (3) um exame das consequências produzidas pelas condições socioambientais na situação biológica/fisiológica e psicológica das pessoas (4) uma carga mais pesada da própria doença e suas interações (representando graus mais fortes da patologia, ou chances maiores de disseminação) e (5) uma tendência na redução de eficácia no tratamento e aumento de seus custos.

Nessas condições e à luz da teoria da sindemia, escolhemos analisar, neste artigo, algumas condições da Covid-19 relativas ao Sistema Prisional do Distrito Federal. Nas condições atuais, com alta proporção de casos identificados como apontam Crispim *et. al.* (2020), haveria evidências suficientes para verificarmos uma situação de sindemia no contexto das unidades prisionais do Distrito Federal?

Metodologia

Escolhemos tratar do assunto mediante coleta de dados oficiais junto às Secretarias de Estado da Saúde e de Administração Penitenciária do Distrito Federal, com foco especial na interação entre a Covid-19 e outras doenças crônicas. Trata-se de pesquisa meramente exploratória, que procedeu a levantamento de dados quantitativos agregados, voltados a conhecer as dimensões da Covid-19 e das doenças crônicas na população prisional do Distrito Federal. Questionamos à Secretaria de Saúde sobre a prevalência de doenças crônicas na população privada de liberdade em estabelecimentos prisionais e à Secretaria de Administração Prisional sobre a evolução da Covid-19 nos estabelecimentos do DF. Nosso objetivo, nessa pesquisa exploratória, foi apresentar, ainda que inicialmente, as evidências sobre essa realidade e proceder a alguns cruzamentos entre esses dados, além de confrontá-los com a prevalência desses agravos na população geral (não privada de liberdade).

Nosso marco temporal visou consolidar os dados produzidos por ambos os órgãos relativamente ao ano de 2020. Protocolamos pedidos de informação via sistema e-Sic (sistema eletrônico de acesso à informação do Governo do Distrito

Federal) entre 02 de julho de 2020 e 22 de fevereiro de 2021 às Secretarias de Estado da Saúde (SES/DF) e da Administração Penitenciária (SEAPE/DF), referindo-se ao conjunto de dados do ano de 2020.

Vale ressaltar que os dados obtidos são como uma fotografia de uma realidade, ainda que pretérita, dinâmica quanto ao futuro, uma vez que capaz de se alterar diariamente, conforme evolução tanto da Covid-19 quanto de pessoas com doenças crônicas privadas de liberdade. Essa é, em primeiro lugar, uma limitação importante sobre estudos dessa natureza: os dados ainda que registrados relativamente ao tempo passado, possuem alta dinamicidade: o fluxo de ingressos no sistema prisional (presos em flagrante com prisão preventiva autorizada em audiência de custódia) é significativo, e pode produzir alterações importantes quanto aos diagnósticos de pessoas com doenças crônicas e com Covid-19 no sistema prisional. Dessa maneira, importa manter o olhar sobre o tempo de registro pela administração dos agravos, sem prejuízo de eventuais revisões sobre esses mesmos dados. O acompanhamento frequente dessa realidade, assim, importa para conclusões futuras mais sedimentadas sobre o tema. Aqui, estamos diante de um quadro de pouco mais que 9 (nove) meses de registros, e em condições variadas, como a suspensão de visitantes por períodos determinados.

Uma segunda limitação, nesse sentido, se refere aos próprios dados, visto que nem sempre busca ativa, exames médicos e coletas periódicas de materiais biológicos são levadas a cabo pela área de saúde que atua junto às administrações prisionais. Essa dificuldade pode ser explicada pelo tamanho das equipes de saúde frente à população prisional da unidade em que atuam, pela falta de insumos para produção dos diagnósticos e, ainda, por outras hipóteses, ou mesmo por rivalidades entre a equipe de segurança prisional e a equipe de assistência à saúde, conduta desidiosa por parte de alguns profissionais, ou mesmo por dificuldades sistêmicas (como medos ou desestabilização de rotinas) para identificação de agravos em todos os internos de uma unidade. Há, portanto, no caso de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, uma plausível subnotificação de casos.

Em terceiro lugar, a relação entre doentes e não doentes em uma unidade prisional pode ser muito mais dinâmica que parece, já que a regra da maioria dessas unidades é o confinamento celular e o trânsito por pátios em horários estabelecidos com contatos entre internos, bem como o ingresso de visitantes em dias e horários prefixados pela administração prisional. Isso torna o ambiente parcialmente fechado (uma população determinada por regras e rotinas mais ou menos parametrizadas), favorecendo a disseminação de agentes patógenos e o desenvolvimento de algumas doenças de maneira rápida (e talvez exatamente em razão das rotinas, previsível). No caso do Distrito Federal, a título de exemplo, ficaram conhecidos os surtos de caxumba ocorrido no ano de 2016, e de escabiose (sarna) humana, em 2017, no Complexo da Papuda (Carvalho, 2016; G1DF e Tv Globo, 2017).

Em quarto lugar, no que diz respeito aos dados de hospitalização, é impossível dizer que estes reflitam integralmente

situações graves da doença, pois podem variar caso a caso e apenas são realizadas mediante decisão de profissional de saúde, a qual parte de um julgamento *a priori* sobre potencial de agravamento do caso em curto prazo, não necessariamente respaldada em sintomas graves já evidentes.

Sindemia como interação entre doença e o meio social.

A doença causada pelo coronavírus (Covid-19), descoberta inicialmente em um surto ocorrido na cidade chinesa de Wuhan, Província de Hubei, em 2019, é descrita como uma doença com algumas semelhanças com a gripe comum, com sintomas como febre, tosse, dores musculares e sintomas gastrointestinais (Chen *et. al.*, 2020). A maioria dos casos apresenta sintomas leves, há registro de casos assintomáticos de infecção, mas cerca de 15% dos pacientes apresentam quadro clínico mais grave. Aproximadamente 5% dos casos são classificados como críticos. (Zhou *et. al.*, 2020).

Há um relativo consenso de que a doença não teria tomado a proporção atual se não compreendesse uma doença transmissível por vias aéreas, mediante contato com pessoas infectadas. Essa característica permitiu ao vírus SARS-CoV-2 viajar longas distâncias em um mundo globalizado, marcado por cadeias de interação interterritoriais, propiciadas por viagens internacionais de longa distância e contatos múltiplos e recorrentes entre pessoas em espaços variados.

Por outro lado, o desenvolvimento da Covid-19 demonstrou-se bastante relacionado à frequência de interações entre indivíduos, especialmente em ambientes fechados, os quais favorecem tal contato direto e próximo entre pessoas e a dispersão de aerossóis e de gotículas suspensas de secreções (Alwan *et. al.*, 2020), que servem de veículo ao vírus. Essa característica da transmissibilidade da Covid-19 demandou medidas emergenciais em diversos países, com a decretação de medidas de *lockdown*, distanciamento social e redução ou restrição a atividades com algum tipo de aglomeração, como aulas presenciais em escolas e universidades, atividades de lazer e eventos esportivos.

Os estabelecimentos prisionais, nesse sentido, são espaços *sui generis*: embora possuam rotinas mais ou menos definidas pela administração, raramente possuem sistemas de ventilação cruzada e condições de habitabilidade adequadas. São um meio fechado permeado por contatos externos, por parte de profissionais que neles trabalham (guardas prisionais, assistentes sociais, psicólogos, professores, prestadores de serviços, profissionais da saúde), visitantes, ou mesmo presos em unidades dos regimes semiaberto e aberto, que exercem trabalho ou atividades edu-

cacionais extramuros. Embora sejam fechados (organizados em espaços arquitetônicos como celas, vivências e alas), estabelecimentos prisionais estão sujeitos a ingressos diários por parte de pessoas que neles não habitam e que vivenciam interações externas à instituição, o que oportuniza contatos interpessoais variados e oferece riscos concretos à contaminação pelo novel coronavírus.

As condições de serviços e estrutura das unidades prisionais estão sujeitas a avaliações que confirmam seu caráter estrutural precário. Segundo o relatório Geopresídios, do Conselho Nacional de Justiça, do total de dez unidades prisionais² do Distrito Federal, quatro encontram-se em condições classificadas como péssimas, uma em condição ruim, e as outras cinco em condições consideradas regulares pelo órgão. Desse total de dez unidades, seis encontram-se superlotadas, sendo o DF a unidade da federação com o quarto maior déficit de vagas (97,11%), atrás apenas de Amazonas, Pernambuco e Roraima. (Brasil, 2021).

A combinação entre superlotação das unidades e ausência de serviços de saúde em funcionamento representa um dos principais desafios à gestão de rotinas e serviços penais adequados: dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciária revelam que, no ano de 2019, havia 1.422 unidades prisionais no Brasil, das quais quase a metade (49%) têm por finalidade manter a detenção de presos provisórios. Valor superior (79%) encontra-se em condições de superlotação, e metade das instituições prisionais não dispõem de um consultório médico (Brasil, 2019). Quando existem tais equipes, não raro há uma sobrecarga de trabalho. No caso do Distrito Federal, o Infopen de 2019 revela que há 25 consultórios médicos disponíveis para uma população de 16.586 pessoas privadas de liberdade em estabelecimentos prisionais. (Idem).

Mais especificamente quanto à situação dos estabelecimentos prisionais do Distrito Federal, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária apontou, em relatório de inspeção realizada em 2012, que o CDP 2 (a principal unidade de recolhimento de presos provisórios à época da inspeção) dispunha de 22 celas individuais com dimensões de 3,5m X 2,5m, com lotação média entre 13 e 14 homens por cela, além de 189 a 191 celas coletivas, com capacidade média de 10 homens por cela e lotação média entre 18 e 25 homens por cela. Além disso, a incidência de sol e ventilação cruzada nas celas foram classificadas como insuficientes pelo CNPCP naquela ocasião, data da última inspeção geral realizada com relatório publicado. Foi registrada também ausência de fornecimento de água potável e de exames e consultas de ingresso aos internos da PDF II, e iluminação natural e ventilação cruzada inexistente e insuficiente na Penitenciária Feminina. (Brasil, 2012).

² O Relatório Geopresídios considera incluídas no rol de unidades prisionais do Distrito Federal a Carceragem do Departamento de Polícia Especializada e o Núcleo de Custódia Militar (3ª CPMIND). Em nossa metodologia, escolhemos analisar apenas a realidade dos estabelecimentos prisionais em sentido estrito, ou seja, aquelas unidades sob gestão da administração penitenciária estadual (considerada enquanto ramo especializado com competências legais para tal exercício), excluídas as unidades de custódia pré-processual (carceragem), de natureza militar, e a recentemente inaugurada penitenciária federal de Brasília, cuja administração não se encontram sob a jurisdição da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAPE).

As condições gerais do ambiente prisional brasileiro – verificadas também nos estabelecimentos do Distrito Federal – como a dificuldade de acesso a serviços de saúde, água potável e distribuição regular de materiais de higiene pessoal, somadas a estruturas precárias, sem ventilação adequada e superlotadas, contribuem decisivamente para estados permanentes de surtos diversos³. Algumas doenças, desse modo, persistem em razão de ciclos favoráveis em *clusters* insalubres como a prisão. Tal é o caso da tuberculose: as prisões, fator decisivo para origem e transmissão da tuberculose, tornam sua erradicação no meio externo impossível, se em seu interior não forem adotadas medidas eficazes para seu controle, uma vez que esses espaços são importantes na origem e transmissão da doença (Reyes & Coninx, 1999), e são marcados por maior incidência que na população em geral (Belin, 1993).

Deste modo, a Covid-19 também pode se associar ao ambiente prisional para a perpetuação da doença em meio à população privada de liberdade, aos profissionais que trabalham nesses ambientes e aos visitantes. Essas categorias, exatamente porque deixam a prisão (rotineira ou eventualmente), podem trazer vírus para os ambientes distintos da prisão e produzir ciclos periódicos de infecções e reinfecções

Tabela 1 – Casos de Covid-19 no Sistema Prisional do Distrito Federal⁴

Chart 1 – Covid-19 cases in Federal District's Prison System

Data	Unidade Prisional						Total
	CDP 1 e 2	CIR	PDF 1	PDF 2	PFDF	CPP	
17/04/2020	18	22	-	1	-	-	41
30/04/2020	37	76	33	25	1	1	173
15/05/2020	71	116	229	63	2	13	494
01/06/2020	179	129	248	88	2	17	663
17/06/2020	203	140	367	109	2	29	850
01/07/2020	266	184	402	131	3	51	1.037
16/07/2020	465	224	419	228	3	71	1.410
03/08/2020	636	227	428	229	3	80	1.603
17/08/2020	769	206	451	232	15	103	1.776
04/09/2020	858	209	384	203	19	104	1.777
Setembro	879	209	385	203	26	104	1.805
Outubro	903	210	386	207	26	104	1.836
Novembro	920	210	387	207	26	104	1.854
Dezembro	940	210	387	210	26	104	1.877

Fonte: elaborado pelo autor com dados obtidos junto à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal por meio da Lei de Acesso à Informação

³ A escabiose (sarna) humana, por exemplo, foi registrada em pelo menos duas oportunidades enquanto surtos em unidades prisionais do Distrito Federal nos últimos anos: em 2017 e em 2019.

⁴ As datas dispostas na Tabela 1 iniciam com dados quinzenais e seguem com registros mensais em razão da divergência de modelos de coleta de dados apresentado pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal em suas respostas.

⁵ Como os dados de população prisional são consideravelmente dinâmicos, podendo sofrer alterações diárias, com novos ingressos, saídas por progressão de regime ou término do período de cumprimento de pena, concessões de saídas temporárias, indultos e outros benefícios legais, trabalhamos aqui com o dado informado pelo CNJ, para nosso breve exercício comparativo, cientes da limitação desses dados.

pela doença. As condições socioambientais do ambiente prisional distrital evidenciam-se como adversas às pessoas neles recolhidas: sem assistência à saúde adequada, em unidades superlotadas e pouco ventiladas, os efeitos para a manutenção da saúde e para a preservação da integridade física e mental de pessoas nesses espaços são deletérios. Apesar de não conseguirmos, aqui, proceder a uma análise detida sobre essas interações, restam claras essas características consoantes às propostas por Singer *et. al.* (2017).

Os dados da Secretaria de Administração Penitenciária do Distrito Federal apontam para o seguinte quadro de evolução da Covid-19 no sistema prisional, conforme Tabela 1.

Para um breve exercício comparativo com valores aproximados, adotamos o quantitativo de referência para a população prisional do Distrito Federal no período do registro dos dados elencados na Tabela 1 o informado pelo Conselho Nacional de Justiça⁵: em 2020, havia 15.365 pessoas custodiadas em unidades prisionais do DF. Em resumo, em meio a essa população, o número de casos por 100 mil presos saltou de 266,8 para 12.216. A população geral brasileira, considerada aqui com um total aproximado de 211 milhões de habitantes (Brasil, 2021), enquanto em 17 de abril registrava 15,96 casos por 100 mil habitantes, em 31 de dezembro de 2020 apresentava uma proporção de cerca de 3.638 casos a cada 100 mil habitantes. A considerável diferença, no que diz respeito à taxa de contaminação por Covid-19, sugere uma carga mais pesada da própria doença e suas interações com o ambiente prisional, capaz de produzir uma disseminação em proporções maiores da população, apesar de em ritmo menor (a variação percentual de 266,8 casos/100mil presos para 12.216 casos/100mil presos é inferior ao salto percentual de 15,96 casos/100mil habitantes para 3.638 casos/100mil habitantes, verificado para a população em geral). Essa proporção maior de casos parece, portanto, se coadunar parcialmente ao modelo descritivo de *sindemia* proposto por Singer *et. al.* (2017)

A proporção de casos a cada 100 mil presos no ambiente prisional do Distrito Federal, em dezembro de 2020, foi de cerca de quatro vezes maior que a proporção de registro de casos de Covid junto à população brasileira em geral. Isso se deve, em grande medida, às já mencionadas condições insalubres que favorecem a disseminação do vírus nesse ambiente, mas pode também estar relacionado à maior frequência da realização de testes em meio à população prisional. O Gráfico 1 compara duas grandezas distintas: as proporções de testes

de Covid-19 realizados em meio à população prisional⁶ do DF e o percentual da população em geral do Distrito Federal que afirma haver realizado algum teste de detecção da doença:

Apesar de compararmos duas grandezas distintas no Gráfico 1, relativas a populações também distintas, o gráfico sugere uma maior frequência de testagem da população prisional do Distrito Federal. Os dados apresentados demandariam uma investigação mais aprofundada, a fim de saber se, de fato, cada paciente preso realizou somente um teste, o que permitiria dimensionar se a proporção de testados no sistema prisional é de fato superior à encontrada junto à população em geral. Entretanto, como se trata de uma população privada de liberdade e numericamente menor que toda a população do DF, na qual é possível administrar testes de maneira proporcionalmente mais abrangente, é possível que essa discrepância seja de fato observada.

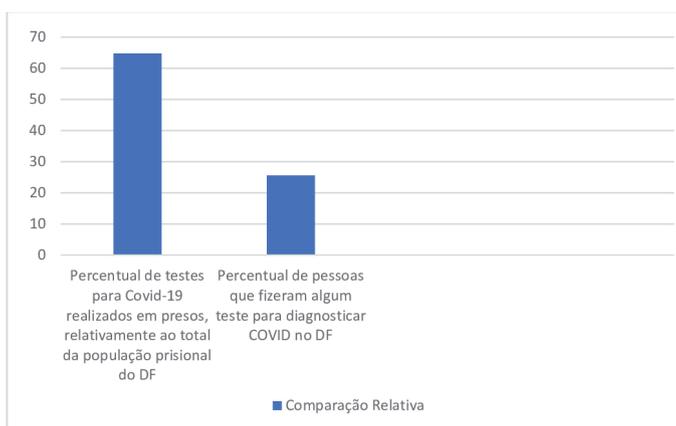


Gráfico 1 – Comparação entre Proporção de testes realizados na População Prisional do DF e Percentual de Pessoas que Afirmaram Ter Realizado Algum Teste para a Covid-19 no DF, maio a novembro de 2020⁷

Graph 1 – Comparison between Proportion of tests performed on the Prison Population of the DF and Percentage of People Who Affirmed to Have Performed Some Test for Covid-19 in the DF, May to November 2020

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19 - agosto/2020 e dados elaborados pelo autor mediante Lei de Acesso à Informação.

⁶ Não obtivemos a informação se houve mais de um teste realizado em um mesmo paciente preso pela Secretaria de Estado de Saúde, mas consideramos que, para os fins do levantamento aqui apresentado, a comparação se justifica, se considerado que não houve realização de mais de uma modalidade ou repetição de teste em um mesmo paciente. Tal hipótese se justifica porque a maior parte dos testes realizados, nos dados informados, ocorreu na modalidade de teste rápido.

⁷ Embora tenhamos tentado obter a informação de quantitativo de pessoas testadas no sistema prisional do DF, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal informou unicamente o quantitativo de testes realizados, razão pela qual relativizamos a comparação dos dados. É possível que esses registros sejam coincidentes ao de pessoas testadas, apenas se cada preso tenha sido testado uma única vez ao longo do período referido. Caso contrário, alertamos ao leitor que a diferença entre as grandezas pode ser menor, na hipótese de realização de mais de um teste num mesmo indivíduo privado de liberdade. A série histórica dos dados do IBGE relativos à pandemia teve início em maio de 2020 e, até a data de fechamento deste artigo, teve divulgado relatório até o mês de novembro de 2020, razão pela qual trabalhamos com a grandeza de 9954 testes realizados, relativos ao período.

Outro aspecto que merece atenção é a proporção de internações por Covid-19 de pacientes oriundos do sistema prisional do DF. Tal registro é consideravelmente inferior às taxas de internação pela Covid-19 relativas à população em geral do DF. No caso do sistema prisional do DF, indagamos sobre o quantitativo de internações: foram registradas 36 internações até a data de 18 de novembro de 2020 (não foram registradas internações em dezembro), de um total de 1.410 casos notificados (cerca de 0,4% do total de casos). Já em meio à população em geral do Distrito Federal, foram registradas 17.961 internações por Covid-19 até a 53ª semana de 2020 (Distrito Federal, 2020), de um total de 248.543 casos notificados até 27 de dezembro de 2020, o que corresponde a cerca de 7% do total de casos (Codeplan, 2020). Desta maneira, é impossível afirmar, com os dados coletados, que, a despeito da maior proporção de casos de Covid-19 em meio à população prisional, tenha havido maior proporção de internações hospitalares em decorrência da doença isoladamente considerada. Trataremos mais detidamente sobre o perfil dos pacientes internados na próxima seção.

Sindemia como interação entre doenças

Um segundo aspecto que integra o conceito de sindemia é a interação entre doenças. Em parte da literatura, como apontam Singer *et al.* (2017), elas podem aparecer como doenças associadas, como comorbidades ou multimorbidades. As classificações podem variar conforme o contexto e situação objeto de estudo. Não nos deteremos aqui a conceituar cada uma dessas categorias. Importa entender que a combinação entre doenças e o contexto social permitiria, segundo a teoria sindêmica, afirmar que os efeitos de uma doença podem ser mais gravosos em *clusters* determinados (Singer 2009).

Bambra *et al.* (2020) sustentam que a atual pandemia de Covid-19 é uma sindemia, na medida em se faz presente em cenários de desigualdades na distribuição de doenças não transmissíveis (DNTs) e desiguais quanto aos determinantes sociais da saúde. Dessa maneira, a prevalência e a gravidade da pandemia Covid-19 seriam ampliadas por causa de certas epidemias pré-existentes de doenças crônicas: padronizadas e associadas a determinantes sociais da saúde, como nível de acesso a sistemas

universais de saúde, condições de habitação, condições sanitárias e de higiene pessoal, alimentação, entre outros. Os autores, inclusive, entendem que pessoas que vivem em áreas de maior privação socioeconômica, e outros grupos marginalizados (como pessoas sem-teto, população prisional e trabalhadoras do sexo na rua) geralmente têm um número maior de DNTs coexistentes, que são mais graves e experimentadas em idade mais jovem (Bambra *et. al.*, 2020).

Nesses termos, a associação entre doenças crônicas (transmissíveis ou não) e Covid-19 vem sendo explorada e sustentado estudos sobre a natureza sindêmica da pandemia. Para o caso do sistema prisional brasileiro, conforme expusemos, condições de acesso precário ou insuficiente a serviços de saúde, superlotação, baixa ventilação, problemas de alimentação e condições ruins de higiene pessoal são notórias e frequentes. Algumas dessas condições podem ser pensadas como fatores determinantes para a disseminação da Covid-19, ou mesmo para o surgimento de doenças crônicas (como hipertensão, diabetes, tuberculose, por exemplo). Assim, parece relevante compreendermos melhor como essas doenças se distribuem na população prisional foco deste estudo, e se seria possível estabelecer alguma relação entre elas e os casos de Covid-19 no Sistema Prisional.

Em nossa investigação exploratória, tentamos inicialmente identificar o quadro geral de prevalência de doenças crônicas junto à população prisional do Distrito Federal. Tais doenças podem estar associadas à experiência prisional – como a incidência de hipertensão, diabetes e obesidade (podendo resultar de dietas inadequadas e hábitos sedentários comumente associados

ao ambiente prisional), ou a tuberculose, associada a espaços superlotados e não ventilados que favorecem a disseminação da doença. Entendemos que essa dimensão pode auxiliar para a compreensão dos desdobramentos da Covid-19 nesse contexto, uma vez que ainda faltam estudos de longo prazo sobre os efeitos da doença ou sobre a existência de eventuais doenças associadas ou consequentes à Covid-19.

Tentamos, assim, traçar um quadro sobre o registro de doenças crônicas na população prisional do Distrito Federal. Os dados foram sistematizados na Tabela 2.

A ausência de dados relativos à unidade CDP II (Centro de Detenção Provisória II), anotados como S/R (sem registro) foi justificada pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, no sentido de que o foco das equipes de saúde dessa unidade seria

o manejo dos casos suspeitos de Covid-19, conforme os protocolos vigentes na Secretaria de Saúde do DF que, em suma, prevê (sic) o acompanhamento por 14 dias (tratamento dos casos confirmados e vigilância nos demais). Não obstante a unidade ter por objetivo o acompanhamento provisório, os internos identificados com doenças crônicas, durante o acolhimento e avaliação inicial, recebem o tratamento adequado à sua condição de saúde. Após o período de quarentena os internos são avaliados pela equipe de saúde e estando assintomáticos, são conduzidos às Unidades Prisionais de destino. Ademais, todos os internos que ingressam no sistema prisional da Papuda, (sic) são devidamente cadastrados pelas equipes de saúde de referência em suas respectivas unidades de destino, após o período de quarentena. Logo, esses comporão os dados estatísticos daquelas equipes. (sic)⁸

Tabela 2 – Registros de Doenças Crônicas na População Prisional do Distrito Federal
Chart 2 – Records of Chronic Diseases among Prison Population of the Federal District

Unidade Prisional	HIV	Tuberculose	Hipertensão	Doenças Cardio	Doenças Pulmonares	Diabetes	Obesidade	Câncer
CDP	22	2	171	2	40	49	0	1
CDP II	S/R	S/R	S/R	S/R	S/R	S/R	S/R	S/R
	S/R	S/R	S/R	S/R	S/R	S/R	S/R	S/R
CIR	22	4	69	1	48	12	0	1
PDF I	31	6	139	18	124	41	0	0
PDF II	40	12	160	1	200	30		2
CPP	9	10		8	79	15	19	0
PFDF	6	0	32	0	0	6	0	0
ATP ³	1	0	6	2	2	3	6	0
Total	131	34	577	32	493	156	25	4

⁸ Nos termos do Doc. SEI/GDF 56543747.

Um dado observável na Tabela 2 – que aponta para a extrema dificuldade de monitoramento das condições de saúde nas unidades prisionais – refere-se ao quantitativo de obesos nessa população. O padrão de mensuração utilizado por nosso levantamento foi o de internos com índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 25, adotado pela Organização Mundial da Saúde⁹ para a definição da obesidade. Para mensurar essa população nesses termos, bastaria a utilização de uma balança e a pesagem periódica dos internos. Nesse quesito, apenas duas Unidades Básicas de Saúde foram capazes de dimensionar o quantitativo de presos obesos: o Centro de Progressão Penitenciária e a Ala de Tratamento Psiquiátrico, a qual encontra-se atualmente instalada na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF).

Ainda, no que diz respeito a pessoas privadas de liberdade em estabelecimentos prisionais no DF, observa-se que a incidência de neoplasia maligna (câncer) entre os internos é quase nula. As razões para tanto podem estar nos indultos presidenciais concedidos no fim do ano¹⁰, bem como na progressão de regime ou estabelecimento de prisão domiciliar em casos dessa natureza, que requerem atenção e cuidados médicos especiais.

Também chama a atenção o fato de que a Ala para Tratamento Psiquiátrico, a que dispõe de menor número de internos

– 69 pessoas em 2019 (Brasil, 2019), apresentar a maior proporção, comparativamente às demais unidades, de custodiados em cumprimento de medida de segurança que apresentam doenças crônicas. Uma possível explicação para esse fato estaria na qualidade dos registros e acompanhamento de casos específicos, se comparados às rotinas de atenção à saúde em unidades básicas de saúde que atendem unidades prisionais com milhares de custodiados, muitas vezes sem condições de prover atenção em saúde em face da demanda global de sua respectiva população.

Outro dado observável na Tabela 3 é a ausência de detentas que apresentam quadro de doenças pulmonares ou cardíacas na Penitenciária Feminina. Essa ausência, uma vez mais, pode estar relacionada não exatamente a uma completa inexistência de mulheres nessas condições, mas sim às dificuldades de assistência à saúde e produção de dados dessa natureza por parte do órgão que as atende, já que é bastante improvável que em uma população de mais de 650 mulheres nenhuma apresente qualquer tipo de doença pulmonar ou cardíaca crônica.

A partir do levantamento do quantitativo de presos em cada unidade, traçamos, conforme Tabela 3, a prevalência de doenças crônicas, em cada Unidade Prisional do Distrito Federal, em valores aproximados:

Tabela 3 – População Total e Distribuição aproximada de doenças crônicas entre pessoas privadas de liberdade em Unidades de Privação de Liberdade do Distrito Federal

Chart 3 – Total Population and Approximate Distribution of Chronic Diseases Among Persons Deprived of Liberty in Deprivation Units in the Federal District

Unidade	População	HIV	Tuberc.	Hipert.	DC	DP	Diab.	Ob.	Canc.
CDP I	3293	0,7%	0,06%	5,2%	0,06%	1,3%	1,5%	-	0,03%
CDP II	376	-	-	-	-	-	-	-	-
CIR	1608	1,4%	0,25%	4,3%	0,06%	3%	0,75%	-	0,06%
CPP	968	1%	1%	-	0,8%	8,2%	1,6%	2%	0%
PDF I	4099	0,75%	0,15%	3,4%	0,44%	3%	1%	-	0%
PDF II	4056	1%	0,3%	4%	0,025%	5%	0,75%	-	0,05%
PFDF	650	1%	0%	5%	0%	0%	0,5%	1%	0%
Média Ponderada		0,91%	0,23%	4,19%	0,2%	3,38%	1,03%	1,6%	0,03%

Fonte: Infopen, 2020; e dados coletados pelo autor junto à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

⁹ A obesidade é classificada como uma doença crônica, progressiva, recidivante e uma epidemia global pela Organização Mundial de Saúde, que estabelece parâmetros para considerar uma pessoa obesa. Nesse sentido, ver conteúdo disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Data de acesso: 9 de fevereiro de 2020.

¹⁰ Nesse sentido, ver os decretos presidenciais nº 10.189, de 23 de dezembro de 2019, e nº 10.590, de 24 de dezembro de 2020, que preveem em seus arts. 1º, caput, inciso III, a concessão do indulto natalino às pessoas nacionais ou estrangeiras condenadas que, até 25 de dezembro, tenham sido acometidas por neoplasia maligna em estágio terminal.

Uma breve comparação entre as doenças crônicas encontradas em meio à população prisional do Distrito Federal nos permite observar, conforme sugere a Tabela 2, uma predominância dos casos de hipertensão (4,19%) e de doenças pulmonares (3,38%).

Alguns desses dados podem ser confrontados com a realidade nacional geral. Os dados disponíveis da última Pesquisa Nacional de Saúde apontam que 7,7% da população brasileira de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes (Brasil, 2020). O valor é significativamente mais alto que a proporção de presos diagnosticados com a *diabetes mellitus* nas unidades prisionais do Distrito Federal (1,03%). Quando nos referimos à prevalência de hipertensão arterial, também é notória a desproporção: enquanto o percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial na população geral do Brasil foi de 23,9% em 2019, no sistema prisional do Distrito Federal, tal valor é quase seis vezes menor (4,19%) (Brasil, 2020). No caso das doenças cardiovasculares, observa-se maior discrepância: enquanto no Brasil 5,3% da população maior de 18 anos afirma possuir algum diagnóstico médico de doença do coração, no sistema prisional do DF tal proporção é mais de vinte e cinco vezes menor (0,2%) (Brasil, 2020). E, no caso do câncer (neoplasia maligna), o quantitativo do sistema prisional do DF é ainda menor: quase cem vezes inferior à média nacional (2,6%) (Brasil, 2020), o que pode, como dissemos, ser explicado pela concessão de benefícios como a progressão antecipada de regime, o indulto, e pela natureza da doença, que requer cuidados médicos contínuos oferecidos em unidades de saúde de alta complexidade.

É claro que, aqui, não estamos a defender que esses dados devam ser necessariamente iguais ou maiores que a média nacional. Algumas doenças crônicas podem ser preexistentes à experiência prisional, outras podem ser desenvolvidas durante a – ou mesmo por causa da – privação de liberdade, como a obesidade, o diabetes, a tuberculose ou a hipertensão. O que percebemos, a partir dos dados de doenças crônicas no DF, é uma desproporção quanto às médias nacionais de doenças crônicas. Isso pode estar relacionado com a dificuldade de produção de registros e diagnósticos, conforme apontamos anteriormente ou, de fato, a uma menor proporção desses agravos, já que o universo estudado (cerca de 15 mil pessoas privadas de liberdade em estabelecimentos prisionais do DF) não constitui amostra com qualquer representatividade comparável à complexidade da população brasileira em geral, com cifras atuais superiores a 210 milhões de habitantes (Brasil, 2020).

Indagamos à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, adicionalmente, sobre a relação entre comorbidades e internações hospitalares de pessoas privadas de liberdade em estabelecimentos prisionais por Covid-19, de março a dezembro de 2020. Segundo a Secretaria, foram 36 (trinta e seis pacientes) internados, dos quais 2 (dois) teriam chegado a óbito. Desse total de internações, dezenove (quase metade) apresentava ou possuía histórico de comorbidades (hipertensão, diabetes, asma, tuberculose, HIV), prevalecendo um registro de 9 (nove) presos (ou 25%) com hipertensão e 4 (quatro) com diabetes, comorbidades

com os maiores registros. Curioso notar que 14 (quatorze) presos internados, ou cerca de 40%, possuíam idade igual ou inferior a 30 (trinta) anos de idade na data de internação.

Os dados de prevalência da hipertensão são consistentes com alguns estudos, como o conduzido por Wang *et. al.* (2020), relativo à população internada originalmente quando do surto da Covid na cidade de Wuhan, Província de Hubei, na China. O estudo aponta prevalência de hipertensão em 31,2% dos 138 casos de internação objeto do estudo. O valor por nós identificado, de 25% do total de presos internados com hipertensão, é semelhante ao encontrado pelo estudo.

Já o Boletim de internações da população em geral do Distrito Federal, divulgado pela Secretaria de Estado de Saúde do DF, revela que 36,3% das internações registradas até 27 de dezembro de 2020 compreendia pessoas que tinham alguma doença cardiovascular, categoria na qual a Secretaria inclui a hipertensão arterial, o que possivelmente explica as cifras maiores que as por nós encontradas quanto à população prisional, as quais se referem a essa doença especificamente considerada (Distrito Federal, 2020). Chama a atenção, no mesmo boletim, que o principal fator de risco associado à internação hospitalar por Covid-19 é a idade: 40,4% das internações hospitalares pela doença no Distrito Federal em 2020 referem-se a pessoas com 60 anos ou mais de idade (Idem, *Ibidem*). Esse dado não é consistente com as internações hospitalares por Covid-19 de pessoas presas no DF, dentre as quais apenas duas pessoas (cerca de 5%) estavam nessa faixa etária.

Apesar de haver evidências que permitem associar algumas comorbidades (como hipertensão e diabetes) ao quadro de internação por Covid-19 no estudo exploratório sobre as internações de pessoas privadas de liberdade em estabelecimentos prisionais do Distrito Federal, os dados coletados não permitem afirmar uma maior proporção dessas internações comparativamente às internações registradas da população em geral do DF. Em última análise, tampouco nos pareceu possível, a partir desses dados, estabelecer relação entre essas comorbidades e a prisão enquanto fator determinante para seu desenvolvimento. Por um lado, se considerarmos que a prisão, de modo geral, se constitui como um ambiente insalubre, ou que pelo menos concorre negativamente para a constituição de hábitos saudáveis – como alimentação adequada e prática de exercícios físicos, por exemplo – é possível que tais comorbidades tenham se desenvolvido durante a experiência prisional. Por outro lado, é possível que tais comorbidades sejam preexistentes à experiência de privação de liberdade, o que nossos dados não alcançam.

Do ponto de vista comparativo, não é possível afirmar que as prisões distritais concorrem como fator contributivo para maior prevalência de doenças crônicas de sua população, tampouco de internações por Covid-19, e menos ainda, de uma associação direta entre o ambiente prisional, essas doenças e óbitos e internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave provocada pelo Coronavírus. Por outro lado, os dados indicam uma proporção importante de internações de pessoas jovens, o que merece ser explorado mais detidamente em outras investigações.

Cabe ainda ressaltar que o ambiente prisional distrital se constitui enquanto fator determinante para a disseminação da

doença: em meio a essa população, o número de casos por 100 mil presos saltou de 266,8 para 12.216, enquanto em meio à população geral brasileira, o salto foi 15,96 casos por 100 mil habitantes para cerca de 3.638 casos a cada 100 mil habitantes (considerando um universo de 211 milhões de habitantes). Apesar de a variação do número de casos registrado em meio à população em geral ter sido maior, a proporção de casos no sistema prisional é quase quatro vezes maior.

O ambiente prisional distrital, sem dúvidas, reforça as evidências do campo da saúde, de que ambientes fechados e aglomerações de pessoas nesses espaços contribuem decisivamente para a disseminação da doença, a despeito de medidas de suspensão de visitantes adotadas, entre 12 de março e 16 de setembro de 2020, conforme determinação da Vara de Execuções Penais do Distrito Federal (Gois, 2020).

Conclusão

A despeito de havermos encontrado algumas evidências importantes sobre a evolução de casos e proporção relativa de casos de Covid-19 superior à registrada em meio à população em geral, não encontramos, em nossa investigação, todos os elementos suficientes para uma classificação da pandemia de Covid-19 como uma sindemia, nos termos do conceito formulado por Singer *et. al.* (2017), relativamente às pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional do Distrito Federal. Ademais, vale destacar que neste artigo trabalhamos com informações e dados oficiais, os quais – conforme apontamos anteriormente em nossa breve discussão metodológica – podem refletir pouco sobre a realidade dinâmica do ambiente prisional, e padecerem de subnotificações importantes, as quais nosso estudo não alcança.

De todo modo, os dados aqui apresentados revelam, no entanto, certa correlação entre a proporção de casos de Covid-19 e ambiente prisional, o que denota maior prevalência da doença, ainda que a evolução dos casos notificados em meio à população em geral do DF tenha sido mais acentuada. A evolução mais lenta dos casos notificados no sistema prisional pode, por sua vez, estar associado às medidas de suspensão de visitas adotadas pela Vara de Execuções Penais entre março e setembro de 2020 (Gois, 2020). A investigação permite afirmar que as condições de privação de liberdade e assistência à saúde nas unidades prisionais do DF, de maneira geral, formam um ambiente com condições favoráveis para a disseminação do SARS-CoV-2: seja pela ausência de ventilação cruzada, pela superlotação dos espaços ou mesmo pela insuficiência de serviços de saúde disponibilizados, conforme relatórios de inspeção realizados e apontamentos diversos de órgãos de controle e inspeção dessas unidades. (Brasil, 2012, 2021)

Por outro lado, as conclusões limitam-se à interação entre ambiente e prevalência da doença provocada pelo novo Coronavírus. Quando analisamos os dados exploratórios sobre a incidência de doenças crônicas em meio à população prisional do Distrito Federal, é impossível associá-las conjuntamente com o ambiente prisional para a produção de um quadro agra-

vado da pandemia, não verificado por este estudo. Em outras palavras, não verificamos uma proporção maior de registros de internações hospitalares e óbitos em meio à população prisional do DF por Covid-19, o que inviabiliza concluir que a pandemia tenha apresentado efeitos mais graves em meio à população prisional, se comparada com a população em geral, em que pese existam evidências importantes de que, “a dinâmica epidemiológica da COVID-19, na ausência de qualquer intervenção [torna a doença] (...) consideravelmente mais grave do que na população geral, exigindo mais hospitalização e levando a mais óbitos” (Carvalho *et. al.* 2020, p. 3496).

Ainda assim, conforme pontuam Singer *et. al.* (2017, p. 941, trad. do autor), “um enfoque sindêmico vai além dos conceitos médicos comuns de comorbidade e multimorbidade, porque diz respeito às consequências para a saúde de interações entre doenças identificáveis e fatores sociais, ambientais ou econômicos que pioram a doença.” As consequências – apesar de notadamente deletérias no que diz respeito aos efeitos psicológicos e fisiológicos em pessoas privadas de liberdade merecem estudos qualitativos aprofundados, que possam delimitar com maiores detalhes os desdobramentos da pandemia no cárcere, seus efeitos e dimensões.

Do ponto de vista do simples enfoque sobre comorbidades e multimorbidades, de fato, não é possível afirmar que o ambiente prisional do Distrito Federal concorra para produzi-las em maiores proporções as quais, por sua vez, podem ser consideradas agravantes de pacientes sintomáticos da Covid-19. Chamamos a atenção para o fato de que, apesar de registrar menores proporções de internações e óbitos pela doença, e menor incidência de doenças crônicas que poderiam constituir comorbidades agravantes da doença, os dados de internação por Covid-19 apontam para correlação importante entre hipertensão (verificada em 25% dos casos de presos internados) e diabetes, e internação. Os dados são também instigantes – que certamente demandam uma investigação aprofundada – no que diz respeito ao perfil etário desses pacientes internados, derrubando o senso comum de que as internações se referem, em sua maioria, a pacientes idosos.

Em que pese o dado de internação ser uma decisão do profissional de saúde – e estar relacionada com o quadro clínico, possibilidade de melhora – e não necessariamente revelar de maneira absoluta os casos classificados como graves, ele pode constituir ferramenta explicativa útil para o tema da sindemia.

É claro que as interações entre a Covid-19 podem também ocorrer com outras doenças ou condições de saúde, as quais não foram exploradas neste artigo. Aqui, nos detivemos à associação entre Covid-19 e doenças crônicas o que, no modelo exploratório de dados, não nos permite concluir por associações de risco agravado, comparativamente à população em geral. Os riscos ambientais, entretanto, demonstram-se evidentes, fazendo das instituições prisionais espaços insalubres, verdadeiro aspecto geodeterminante para a instalação e disseminação do vírus. Essa condição, em linhas gerais, nos permite uma classificação parcial e limitada da Covid-19 no sistema prisional do DF enquanto sindemia – já que permite uma maior disseminação da doença, com maiores registros de casos, e sua compreensão

como *cluster* de análise, cujas condições *sui generis* tornam o quadro da doença objeto essencial de medidas em saúde pública. Nesse sentido, a prisão constitui um fator de risco altamente relevante, demandando intervenções sanitárias urgentes para a população nela recolhida, como a redução da superlotação, a melhoria dos serviços de atenção e saúde e a aplicação de doses de vacina em detentos, trabalhadores e visitantes. Tais medidas urgem, na medida em que mitigam os efeitos drásticos da síndrome persistente no cárcere, e podem interromper eventuais ciclos de infecções e reinfecções – clusterizados ou generalizados – já que a instituição prisional, por essência, é dinâmica e sujeita a visitas frequentes, por profissionais que nela atuam e por familiares de internos.

Referências Bibliográficas

- ALWAN, Nisreen *et al.* 2020. Scientific consensus on the COVID-19 pandemic: we need to act now. *Lancet*, **396**(10260): e 71-e72.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32153-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32153-X)
- BAMBRA, Clare *et al.* 2020. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **74**(11): 964-968. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- BELLIN, Eran, FLETCHER, David, SAFYER, Steven. 1993. Association of tuberculosis infection with increased time in or admission to the New York City jail system. *JAMA*, **269**(17): 2228-2231.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. 2021. *Relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CNIIEP)*. Site Geopresídios. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php>. Acesso em 12/02/2021.
- BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. 2021. *Relatório de Inspeção em Estabelecimentos Penais do Distrito Federal. 30 e 31 de outubro de 2012*. 2012. Disponível em: <encurtador.com.br/agkH4>. Acesso em 16/02/2021.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2020. *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões/IBGE*, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>>. Acesso em 09/02/2021.
- BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). 2019. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias*. Infopen. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>. Acesso em 16/02/2021.
- CARVALHO, Leticia. 2017. Visitas em alas da Papuda são suspensas novamente por causa da caxumba. *Portal Metrópoles*. 2017. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/distrito-federal/saude-df/visitas-em-alas-da-papuda-sao-suspensas-novamente-por-causa-da-caxumba>>.
- CARVALHO, Sérgio Garófaló *et al.* 2020. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, **25**(9): 3493-3502.
- CHEN, Nanshan; ZHOU, Min., DONG, Xuan; QU, Jieming; GONG, Fengyun; HAN, Yang. *et al.* 2020. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*, **395**(10223): 507-513.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
- CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. 2020. *Boletim Codeplan Covid-19*. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim_Codeplan_n16_04.08.20.pdf>. Acesso em 17/03/2021.
- CRISPIM, Juliane de Almeida *et al.* 2021. Impacto e tendência da COVID-19 no sistema penitenciário do Brasil: um estudo ecológico. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, **26**(1): 169-178.
DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.38442020>
- DISTRITO FEDERAL. 2020. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. *Informativo Epidemiológico. Monitoramento da Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave, Distrito Federal – até a Semana Epidemiológica 53 de 2020*. 2020. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/BOLETIM_SE-53.pdf>. Data de acesso: 19/02/2021.
- G1DF *et.* TV GLOBO. 2021. Penitenciária da Papuda tem novo surto de sarna; Ministério Público do DF pede providências. *Portal G1*. Disponível em: <<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2019/01/23/penitenciaria-da-papuda-tem-novo-surto-de-sarna-diz-ministerio-publico-do-df.ghtml>>. Acesso em 17/03/2021.
- GOIS, Fabio. 2020. *Visitas presenciais serão retomadas na próxima quarta (16)*. Agência Brasília. Disponível em: <<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/09/14/visitas-presenciais-serao-retomadas-na-proxima-quarta-16/>>. Acesso em 12/03/2021.
- MENDENHALL, Emily. 2017. Syndemics: a new path for global health research. *Lancet*, **389**: 889-891.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30602-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30602-5)
- MENDENHALL, Emily; SINGER, Merrill. 2020. What constitutes a syndemic? Methods, contexts, and framing from 2019. *Current Opinion in HIV and AIDS*, **4**(15): 213-217.
DOI: <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000628>
- NIQUINI, Roberta Pereira *et al.* 2021. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, **7**: 01-12, 2020.
DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149420>
- REYES, Hernán; CONINX, Rudi. 1997. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. *BMJ*, **315**(7120): 1447-1450.
- SINGER, Merrill. 1996. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, **24**: 99-110.
- SINGER, Merrill. 1994. Aids and the health crisis of the US urban poor: the perspective of critical medical anthropology. *Social Science & Medicine*, **39**: 931-948.
- SINGER, Merrill *et al.* 2003. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical Anthropology*, **17**:423-441.
DOI: <https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.423>
- SINGER, Merrill. 2009. *Introduction to syndemics: a systems approach to public and community health*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009. 304p.
- SINGER, Merrill *et al.* 2017. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*, **389**: 941-950.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
- WANG, Dawei, HU, Bo, *et al.* 2020. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, **323**(11): 1061-1069. DOI: 10.1001/jama.2020.1585
- ZHOU, Fei, YU, Ting, DU, Ronghui, FAN, Guohui, LIU, Ying LIU, Zhibo, *et al.* 2020. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*, **395**(10229): 1054-1062.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

Submetido: 19/03/2021

Aceite: 27/08/2021