

IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS PARA A PEDAGOGIA PENITENCIÁRIA, A REABILITAÇÃO E A RESSOCIALIZAÇÃO

IMPLICACIONES EDUCATIVAS PARA LA PEDAGOGÍA PENITENCIARIA, LA REHABILITACIÓN Y LA RESOCIALIZACIÓN

EDUCATIONAL IMPLICATIONS FOR PENITENTIARY PEDAGOGY, REHABILITATION AND RESOCIALISATION



Miloslav JÚZL¹

e-mail: miloslav.juzl@ambis.cz



Jarmila KLUGEROVÁ²

e-mail: jarmila.klugerova@ambis.cz



Lukáš STÁREK³

e-mail: lukas.starek@ambis.cz



František VLACH⁴

e-mail: frantisek.vlach@ambis.cz

Como referenciar este artigo:

Jůzl, M., Klugerová, J., Stárek, L., & Vlach, F. (2026). Implicações educacionais para a pedagogia penitenciária, a reabilitação e a ressocialização. *Revista on line de Política e Gestão Educacional*, 30(esp2), e026078. <https://doi.org/10.22633/rpge.v30iesp2.21377>



| Submetido em: 04/04/2026

| Revisões requeridas em: 11/05/2026

| Aprovado em: 23/06/2026

| Publicado em: 01/08/2026

Editor: Prof. Dr. Sebastião de Souza Lemes

Editor Adjunto Executivo: Prof. Dr. José Anderson Santos Cruz

¹ Universidade AMBIS, Libeň – República Tcheca. Departamento de Gestão de Segurança.

² Universidade AMBIS, Libeň – República Tcheca. Departamento de Pedagogia.

³ Universidade AMBIS, Libeň – República Tcheca. Departamento de Pedagogia.

⁴ Universidade AMBIS, Libeň – República Tcheca. Departamento de Gestão de Segurança.

RESUMO: O estudo analisa dados administrativos agregados do Serviço Penitenciário Tcheco, incluindo estado de saúde, intervenções médicas e indicadores de comportamento em situações de crise. Utilizando uma abordagem descritiva e exploratória, avalia quais conclusões podem ser legitimamente extraídas desses dados. Os resultados indicam um alto nível de acumulação e interligação de vulnerabilidades sociais e de saúde entre os detentos. No entanto, os dados não estabelecem relações causais entre a fragmentação dos serviços e resultados específicos, nem confirmam a eficácia dos modelos de atendimento integrado. O artigo argumenta que os dados agregados devem ser interpretados como evidências indicativas, e não confirmatórias. Ele contribui para o debate ao esclarecer os limites analíticos das fontes de dados comumente utilizadas e ao enquadrar o atendimento integrado como uma orientação de política que requer validação empírica adicional. Para reforçar sua relevância educacional, a análise também enquadra a prisão como um ambiente pedagógico e de ressocialização, envolvendo educadores, assistentes sociais, profissionais de saúde e equipe de segurança em percursos individualizados de reabilitação, aprendizagem e reintegração.

PALAVRAS-CHAVE: Educação correcional. Pedagogia penitenciária. Ressocialização. Política educacional.

RESUMEN: El estudio analiza datos administrativos agregados del Servicio Penitenciario Checo, que incluyen el estado de salud, las intervenciones médicas e indicadores de conductas de crisis. Mediante un enfoque descriptivo y exploratorio, evalúa qué conclusiones pueden extraerse legítimamente de dichos datos. Los resultados indican una elevada acumulación e interconexión de vulnerabilidades sociales y de salud entre los reclusos. Sin embargo, los datos no establecen relaciones causales entre la fragmentación de los servicios y resultados específicos, ni confirman la eficacia de los modelos de atención integrada. El artículo sostiene que los datos agregados deben interpretarse como evidencia indicativa y no como confirmatoria. Contribuye al debate al aclarar los límites analíticos de las fuentes de datos comúnmente utilizadas y al enmarcar la atención integrada como una orientación de política que requiere una mayor validación empírica. Para reforzar su relevancia educativa, el análisis también enmarca la prisión como un entorno pedagógico y de resocialización en el que participan educadores, trabajadores sociales, profesionales de la salud y personal de seguridad en procesos individualizados de rehabilitación, aprendizaje y reintegración.

PALABRAS CLAVE: Educación correccional. Pedagogía penitenciaria. Resocialización. Política educativa.

ABSTRACT: The study analyzes aggregate administrative data from the Czech Prison Service, including health status, medical interventions, and crisis behavior indicators. Using a descriptive and exploratory approach, it assesses what conclusions can legitimately be drawn from such data. The findings indicate a high accumulation and interconnection of health and social vulnerabilities among prisoners. However, the data do not establish causal relationships between service fragmentation and specific outcomes, nor confirm the effectiveness of integrated care models. The article argues that aggregate data should be interpreted as indicative rather than confirmatory evidence. It contributes to the debate by clarifying the analytical limits of commonly used data sources and framing integrated care as a policy orientation requiring further empirical validation. To strengthen its educational relevance, the analysis also frames prison as a pedagogical and resocialization environment involving educators, social workers, health professionals, and security staff in individualized rehabilitation, learning, and reintegration pathways.

KEYWORDS: Correctional education. Penitentiary pedagogy. Resocialisation. Educational policy.

INTRODUÇÃO

A interface entre a assistência social e a atenção à saúde constitui uma das áreas de evolução mais dinâmica das políticas públicas contemporâneas, sobretudo em contextos nos quais as necessidades dos usuários são complexas, duradouras e multidimensionais. A separação institucional tradicional entre os serviços de saúde e os serviços sociais tem sido reiteradamente considerada insuficiente para lidar com situações em que fatores biológicos, psicológicos e sociais se encontram profundamente interligados (Dogbe et al., 2016; Spreat, 2020). Essa limitação torna-se especialmente evidente no ambiente penitenciário, no qual as pessoas frequentemente ingressam no sistema com problemas de saúde acumulados, desvantagens sociais e um histórico de acesso restrito aos serviços públicos (Tomeš & Šámalová, 2017).

A população prisional é amplamente reconhecida como um grupo caracterizado por elevada prevalência de doenças crônicas, transtornos mentais, dependências e exclusão social (Council of Europe, 2013, 2020; United Nations, 2015). Referenciais internacionais, entre eles os elaborados pela Organização Mundial da Saúde e pelo Conselho da Europa, ressaltam que a atenção à saúde nas prisões não pode ser reduzida à prestação de serviços médicos, devendo considerar os determinantes sociais mais amplos da saúde e assegurar a continuidade do cuidado para além dos limites institucionais (World Health Organization, 2014, 2021). O princípio da equivalência do cuidado reforça, ainda, a necessidade de garantir às pessoas privadas de liberdade acesso a serviços comparáveis aos disponíveis para a população em geral, inclusive apoio social coordenado (Eichelberger et al., 2023).

A evolução do número de pessoas presas na República Tcheca ao longo da última década mostra que o sistema penitenciário permanece como parte estável da realidade social, com impactos significativos sobre a assistência social e a atenção à saúde. Segundo o Escritório Tcheco de Estatística (2025), o país figura há muito tempo entre os primeiros da Europa quanto ao tamanho da população prisional. As prisões tchecas, contudo, passaram por mudanças intensas nos últimos 30 anos. Após a ampla anistia de 1990, quando o número de pessoas presas caiu quase dois terços em relação ao ano anterior, a população prisional cresceu continuamente até 1999, alcançando o recorde aproximado de 23 mil indivíduos. Outro ponto de inflexão ocorreu em 2013, quando uma anistia presidencial resultou na libertação de 6.471 pessoas e em acentuada redução da população prisional. Desde 2014, porém, esse número voltou a crescer, atingindo em 2016 o pico de 22.481 detentos. Nos anos seguintes, houve queda gradual até 18.748 pessoas em 2021, quando a taxa média de ocupação das prisões tchecas ficou abaixo de

100% pela primeira vez desde 2015. A tendência se inverteu em 2022 e, em 2024, a população prisional voltou a alcançar 19.430 indivíduos, com utilização de aproximadamente 97% da capacidade instalada.

Essas mudanças indicam que o sistema penitenciário constitui um ambiente institucional relativamente estável, com implicações duradouras para as políticas sociais e de saúde. Cada pessoa que ingressa na prisão traz consigo um conjunto complexo de necessidades, como doenças somáticas não tratadas, transtornos de saúde mental, dependências, instabilidade habitacional, endividamento e ruptura de vínculos sociais. As instituições penitenciárias funcionam, portanto, como ponto de encontro entre a atenção à saúde, o trabalho social, a educação e as estruturas de segurança (Ben-Moshe, 2017).

No campo da política e da gestão educacional, a relevância do tema decorre do fato de que o encarceramento não constitui apenas uma questão de segurança ou de saúde. A prática penitenciária contemporânea também abrange atividades educativas, preparação profissional, aprendizagem social e a criação de condições para a ressocialização. A prisão pode, assim, ser analisada como um ambiente institucional de aprendizagem no qual saúde, assistência social e educação se articulam na formação das trajetórias de vida posteriores à libertação.

Em resposta a esses desafios, o conceito de atenção social e de saúde integrada ganhou destaque crescente tanto nas políticas públicas quanto no debate acadêmico (Spreat, 2020; United Nations, 2015). Na República Tcheca, esse desenvolvimento se expressa em recentes mudanças legislativas que definem formalmente a interface socioassistencial e de saúde como uma área específica que exige prestação coordenada de cuidados. Essa reforma representa um passo importante para enfrentar a fragmentação histórica entre os sistemas e criar um referencial mais coerente de apoio às pessoas com necessidades complexas.

Apesar do forte respaldo normativo à atenção integrada, permanece insuficientemente explorada uma questão crítica: em que medida as afirmações sobre sua necessidade são sustentadas empiricamente pelos dados disponíveis? As discussões existentes frequentemente pressupõem que a complexidade das necessidades das pessoas presas justifica, por si só, a implementação de modelos de atenção integrada. Essa pressuposição, contudo, raramente é submetida a exame analítico sistemático, sobretudo no que diz respeito à natureza e às limitações dos dados utilizados para fundamentá-la.

Este artigo procura preencher essa lacuna examinando até que ponto dados administrativos agregados do sistema penitenciário tcheco podem sustentar afirmações sobre a necessidade de atenção social e de saúde integrada para pessoas presas. O estudo se concentra

em indicadores de uso corrente, incluindo informações sobre estado de saúde, intensidade das intervenções médicas e manifestações de comportamento em situações de crise.

Do ponto de vista metodológico, o artigo adota uma abordagem descritiva e exploratória. Em vez de buscar estabelecer relações causais, procura esclarecer quais interpretações podem ser legitimamente derivadas de dados agregados e onde se situam os limites dessas interpretações. Essa opção reflete uma preocupação mais ampla com os fundamentos epistêmicos de argumentos orientados para políticas públicas, especialmente em áreas nas quais evidências empíricas são frequentemente mobilizadas para sustentar proposições normativas.

A contribuição do artigo é dupla. Em primeiro lugar, apresenta uma descrição empiricamente fundamentada do perfil social e de saúde da população prisional da República Tcheca. Em segundo, oferece uma reflexão crítica sobre os limites analíticos dos dados agregados para sustentar afirmações fortes acerca da efetividade ou da necessidade de modelos de atenção integrada. Desse modo, reposiciona a atenção integrada não como solução autoevidente, mas como uma orientação de política pública que ainda exige validação empírica.

Uma terceira contribuição é de natureza educacional: o artigo destaca que os modelos de atenção integrada nas prisões devem incorporar a dimensão pedagógica da reabilitação. Isso envolve o trabalho de educadores penitenciários, programas de educação básica e profissional, desenvolvimento de competências socioemocionais, letramento em saúde, preparação para o emprego e continuidade entre a aprendizagem realizada na prisão e o apoio oferecido pela comunidade após a libertação.

O ambiente prisional é, assim, abordado não apenas como espaço de intervenção prática, mas também como um cenário analítico específico no qual podem ser examinadas questões mais amplas sobre a relação entre evidência empírica, restrições institucionais e desenho de políticas públicas.

CONTEXTO GERAL E DESENVOLVIMENTO DA INTERFACE SOCIOASSISTENCIAL E DE SAÚDE NA REPÚBLICA TCHECA

Esta seção apresenta o contexto conceitual e legislativo necessário à interpretação dos dados empíricos sobre a população prisional. Esclarece como a interface socioassistencial e de saúde é definida no contexto tcheco e como aparece nas políticas e no discurso profissional sobre atenção integrada. Ao mesmo tempo, estabelece o referencial analítico utilizado para examinar em que medida esses pressupostos conceituais se refletem nas evidências empíricas.

A expressão interface socioassistencial e de saúde refere-se a um espaço estrutural e funcional específico entre o sistema de serviços sociais e o sistema de saúde, no qual se concentram as necessidades de pessoas cuja situação de vida e condição de saúde exigem assistência social e atenção à saúde simultâneas, duradouras e interligadas. No discurso profissional e conceitual da política social tcheca, o termo descreve uma situação insatisfatória de longa duração, na qual a divisão institucional tradicional do cuidado não corresponde à natureza real das necessidades dos grupos atendidos, sobretudo pessoas com doenças crônicas, deficiências funcionais, redução da autonomia ou combinação de desvantagens sociais e de saúde (Ondrašek et al., 2014).

A interface socioassistencial e de saúde não surge como um novo campo de necessidades, mas como consequência da segmentação historicamente construída entre dois sistemas setoriais distintos. Enquanto os serviços de saúde no contexto tcheco foram tradicionalmente concebidos como intervenções voltadas ao tratamento, à estabilização ou à prevenção de agravos, os serviços sociais se orientaram para o apoio ao funcionamento social, à autonomia e à integração social. Para pessoas com problemas de saúde duradouros, entretanto, essas dimensões formam um todo inseparável, pois as limitações de saúde afetam profundamente o funcionamento social e, inversamente, as condições sociais influenciam a evolução e o manejo dos problemas de saúde. Essa interdependência constitui a base teórica fundamental do conceito de interface socioassistencial e de saúde.

Na literatura especializada, essa interface é caracterizada como uma área com risco elevado de fragmentação do cuidado, ambiguidade institucional e transferência de responsabilidades entre prestadores. Os usuários frequentemente transitam entre sistemas sem um plano unificado e coordenado de atendimento, o que produz duplicação, atrasos e até situações nas quais nenhum cuidado é oferecido, porque a demanda não se enquadra claramente na competência de qualquer dos sistemas. Essa situação tem sido reiteradamente considerada insustentável tanto do ponto de vista da qualidade do atendimento quanto da eficiência dos gastos públicos (Bartůněk & Ptáček, 2013; Citoreš, 2024; Ondrašek et al., 2024).

Do ponto de vista conceitual, é importante enfatizar que a interface socioassistencial e de saúde não constitui apenas um problema prático de coordenação, mas um desafio sistêmico que exige novos arranjos institucionais, legislativos e profissionais. Não se trata, portanto, de uma área “complementar” do cuidado, mas da interseção estrutural entre duas lógicas distintas — a sanitária e a social — que diferem em seus objetivos, formas de financiamento, gestão da qualidade, papéis profissionais e mecanismos de responsabilização. Essa interface requer,

assim, uma abordagem integradora que ultrapasse as fronteiras setoriais tradicionais e priorize a continuidade e a coordenação do cuidado a partir da perspectiva do usuário.

No contexto tcheco, a expressão interface socioassistencial e de saúde consolidou-se gradualmente como termo técnico que designa não apenas uma área problemática, mas também o ponto de partida para a criação de um novo modelo de cuidado. Esse modelo se fundamenta no pressuposto de que determinado conjunto de serviços deve ser prestado como serviço social e de saúde, isto é, como serviço que reúne simultaneamente natureza social e sanitária e que, como tal, encontra respaldo legislativo, organizacional e financeiro. A interface evoluiu, portanto, de uma área originalmente informal e difícil de delimitar para um campo definido de política pública, voltado à eliminação de descontinuidades no cuidado e à garantia de um sistema de apoio digno e efetivo para pessoas com necessidades complexas.

Do ponto de vista terminológico, também é necessário distinguir a interface socioassistencial e de saúde do conceito mais amplo de cuidados de longa duração. Enquanto estes abrangem uma ampla variedade de intervenções sanitárias, sociais e de apoio, incluindo reabilitação, cuidados paliativos e atenção psiquiátrica, a interface concentra-se na área específica em que é necessária a prestação simultânea e coordenada de serviços sociais e de saúde dentro de uma única estrutura institucional (Holmerová, 2015; Průša, 2021; Válková, 2015). Essa distinção é essencial para compreender a solução legislativa e organizacional que vem sendo introduzida gradualmente na República Tcheca.

A institucionalização legislativa da interface socioassistencial e de saúde na República Tcheca representa um passo fundamental para a sistematização do cuidado que exige a prestação simultânea e coordenada de serviços sociais e de saúde a pessoas com necessidades complexas de longa duração. Esse passo foi concretizado pela Lei de Alteração nº 38/2025 (Act No. 38/2025, 2025), que modifica diversos diplomas centrais das políticas social e sanitária e entrou em vigor em 1º de março de 2025. A alteração reflete o esforço conjunto do Ministério do Trabalho e dos Assuntos Sociais e do Ministério da Saúde da República Tcheca para responder à fragmentação institucional do cuidado há muito identificada e que a separação tradicional entre serviços sociais e de saúde não conseguia enfrentar de modo efetivo (Association of Social Service Providers of the Czech Republic, 2025).

A essência da alteração legislativa consiste na introdução da categoria de “serviços sociais e de saúde” na Lei dos Serviços Sociais (Act No. 108/2006, 2006). A nova Seção 36 define esses serviços como “a prestação coordenada de assistência social e atenção à saúde a uma pessoa cuja condição exija a oferta simultânea de ambas”. A formulação é relevante porque

explicita a interligação entre os dois tipos de cuidado como condição necessária para atender de maneira contínua e bem-sucedida às necessidades de usuários que, no modelo tradicional, enfrentariam ambiguidades quanto à atuação e à responsabilidade dos dois setores (Association of Social Service Providers of the Czech Republic, 2025).

Outra disposição central da alteração especifica os tipos de estabelecimentos nos quais os serviços sociais e de saúde podem ser prestados, condicionando essa oferta à autorização simultânea do prestador para atuar nos serviços sociais e nos serviços de saúde, nos termos da legislação sanitária. Essa condição é inovadora, pois a atenção à saúde em determinados serviços sociais era anteriormente definida por regimes excepcionais ou vínculos contratuais que não solucionavam o problema fundamental da existência de dois regimes jurídicos distintos. A nova regulamentação oferece, assim, segurança jurídica a prestadores e usuários, ao estabelecer que o cuidado social e de saúde seja realizado em uma estrutura uniforme e legalmente definida.

A reforma legislativa foi concebida como transformação gradual, permitindo que os atuais prestadores de serviços sociais adaptem suas estruturas organizacionais e profissionais para obter registro também como prestadores de serviços de saúde e, desse modo, oferecer serviços sociais e de saúde completos. As disposições transitórias, por exemplo, admitem em determinadas condições a continuidade da atenção à saúde no regime vigente até o término do período de transição, como o final de 2026, a fim de reduzir os impactos sobre os prestadores e preservar a continuidade do atendimento. Esse elemento de adaptação temporária é estrategicamente importante para minimizar rupturas súbitas e viabilizar uma mudança sistêmica sem desorganizar as capacidades já existentes.

A alteração também introduz o conceito de “atenção social e de saúde em regime de internação”, definido como serviço de saúde reembolsável, enquanto hospedagem e alimentação do usuário são custeadas nos termos da Lei dos Serviços Sociais. Esse modelo fortalece significativamente a continuidade do cuidado, pois permite que pessoas com necessidades sociais e de saúde duradouras permaneçam em um estabelecimento capaz de oferecer serviços integrados compatíveis com sua situação complexa, sem transferências desnecessárias entre diferentes tipos de instituições ou serviços (Act No. 38/2025, 2025).

No plano institucional, a mudança legislativa implica que os serviços sociais e de saúde ultrapassem as fronteiras tradicionais entre o Ministério do Trabalho e dos Assuntos Sociais e o Ministério da Saúde da República Tcheca, tanto no que se refere à gestão e à padronização da qualidade quanto ao financiamento. A alteração também modifica a Lei do Seguro Público de

Saúde (Act No. 48/1997, 1997), criando mecanismos de reembolso da parcela sanitária dos serviços prestados no âmbito da atenção social e de saúde. Esse aspecto é essencial para a sustentabilidade financeira do modelo e para sua integração aos sistemas existentes de reembolso e seguro público de saúde.

O arcabouço institucional da interface socioassistencial e de saúde fundamenta-se, portanto, nos princípios de interdisciplinaridade, coordenação e clareza jurídica (Larsen et al., 2022). A legislação não apenas remove barreiras legais à integração entre serviços sociais e de saúde, mas também cria uma base para a futura padronização das práticas, da qualidade do cuidado, da proteção dos direitos dos usuários e da responsabilização dos prestadores em um campo definido conjuntamente. O novo referencial representa uma mudança significativa, de um modelo fragmentado para outro mais capaz de responder às necessidades complexas de pessoas com condições crônicas de saúde e desvantagens sociais acumuladas.

O modelo de atenção social e de saúde da República Tcheca está estruturado em vários componentes centrais que, em conjunto, formam um novo referencial de cuidado integrado. Esses componentes não podem ser compreendidos isoladamente, pois seu funcionamento depende da articulação entre elementos legislativos, organizacionais, profissionais e financeiros. O pressuposto básico do modelo é que pessoas com necessidades complexas não podem ser apoiadas de maneira efetiva por sistemas paralelos, exigindo cuidado coordenado e contínuo, prestado dentro de uma única estrutura institucional e orientado por uma abordagem unificada e centrada no usuário (Association of Social Service Providers of the Czech Republic, 2025).

O primeiro componente central é a integração da prestação de assistência social e atenção à saúde no nível do serviço. O cuidado social e de saúde é concebido como serviço único, e não como simples soma de duas modalidades separadas. Isso significa que o apoio social — como assistência em atividades cotidianas, promoção da autonomia e trabalho social — e a atenção à saúde — sobretudo cuidados de enfermagem, monitoramento e aplicação de procedimentos terapêuticos — são oferecidos de forma coordenada, com base em um plano comum de atendimento e dentro de uma única estrutura organizacional. Essa abordagem supera de modo substantivo o modelo anterior, no qual as tarefas sanitárias nos serviços sociais eram frequentemente resolvidas de maneira pontual, sem articulação sistêmica ou responsabilidade de longo prazo.

O segundo componente é a ênfase na coordenação e na continuidade do cuidado, entendidas como características fundamentais da qualidade na interface socioassistencial e de

saúde. A coordenação abrange tanto a cooperação horizontal entre diferentes profissionais — assistentes sociais, enfermeiros, médicos e outros especialistas — quanto a continuidade vertical ao longo do tempo, sobretudo diante de mudanças no estado de saúde, transições entre tipos de instituições ou retorno do usuário ao seu ambiente social habitual. A continuidade busca impedir que as pessoas “caiam repetidamente pelas brechas do sistema” em decorrência das fronteiras institucionais, situação recorrente no passado nessa área de interface (Ministry of Labor and Social Affairs of the Czech Republic, 2024a).

O terceiro componente é a definição clara dos grupos aos quais o serviço social e de saúde se destina. Não se trata de um modelo universal para todos os usuários de serviços sociais ou sanitários, mas de uma intervenção direcionada a pessoas com condições de saúde crônicas, autonomia reduzida ou necessidade de cuidados regulares de enfermagem que não possam ser atendidas de maneira efetiva pelos serviços ambulatoriais comuns ou pelos serviços sociais convencionais. Entre os grupos típicos estão idosos com multimorbidade, pessoas com doenças crônicas, pessoas com demência, indivíduos que acumulam desvantagens sociais e de saúde e outros grupos nos quais se sobrepõem determinantes da qualidade de vida (Association of Social Service Providers of the Czech Republic, 2025).

O quarto componente é a dimensão profissional e interdisciplinar da interface. O novo modelo amplia as exigências de cooperação entre profissionais formados e socializados em culturas distintas. A atuação nessa interface pressupõe compreensão compartilhada dos objetivos do cuidado, respeito mútuo entre as profissões e capacidade de planejar e avaliar conjuntamente o atendimento a partir da perspectiva do usuário. Isso pode produzir impactos relevantes tanto sobre a organização do trabalho quanto sobre as competências, a formação continuada e o desenvolvimento profissional das equipes. A interdisciplinaridade não é compreendida como cooperação meramente formal, mas como integração funcional dos papéis profissionais na prática cotidiana.

O quinto componente é o mecanismo financeiro e de reembolso, uma das áreas mais sensíveis de todo o modelo. A interface baseia-se em financiamento combinado: a parcela sanitária é coberta pelo seguro público de saúde, enquanto a parte social permanece financiada segundo as regras da Lei dos Serviços Sociais, inclusive com participação financeira do usuário. O modelo reflete a dualidade do cuidado, mas ao mesmo tempo cria espaço para sua integração no nível do prestador. Um financiamento transparente e previsível constitui condição indispensável para a sustentabilidade de longo prazo e para o desenvolvimento dos serviços sociais e de saúde na prática.

O sexto componente, igualmente importante, é o arcabouço normativo e de padronização destinado a garantir a qualidade e a segurança do cuidado. Os serviços sociais e de saúde estão submetidos simultaneamente aos padrões de qualidade dos serviços sociais e às normas sanitárias, o que impõe elevadas exigências à gestão organizacional, à documentação do atendimento, à proteção dos direitos dos usuários e à competência profissional das equipes. Esse duplo regime regulatório constitui também um dos principais desafios da implementação, pois exige harmonizar dois sistemas de controle e avaliação da qualidade que anteriormente funcionavam com relativa autonomia (Ministry of Labor and Social Affairs of the Czech Republic, 2024b).

Do ponto de vista analítico, é importante distinguir o enquadramento conceitual e legislativo da interface socioassistencial e de saúde das evidências empíricas capazes de sustentar ou questionar sua implementação. Embora as políticas públicas e o discurso profissional apresentem a atenção integrada como resposta coerente a necessidades complexas, permanece em aberto até que ponto esse pressuposto encontra respaldo nos dados disponíveis. As seções seguintes examinam, portanto, em que medida os dados agregados da prática penitenciária correspondem a esses pressupostos conceituais e quais conclusões podem ser legitimamente extraídas.

A EDUCAÇÃO PENITENCIÁRIA COMO COMPONENTE DA ATENÇÃO INTEGRADA

No contexto deste artigo, a educação é compreendida como parte constitutiva da atenção penitenciária integrada. Ela não se limita à escolarização formal ou aos cursos profissionalizantes, mas inclui o trabalho pedagógico orientado à ressocialização, ao letramento em saúde, à autorregulação, à comunicação, à responsabilidade, à preparação para o emprego e à reconstrução dos vínculos sociais. Essa compreensão permite articular a interface socioassistencial e de saúde à missão educacional das instituições penitenciárias.

A educação correcional ocupa posição estratégica porque traduz diagnósticos sociais e de saúde em práticas cotidianas capazes de favorecer mudanças. Uma pessoa presa com dependência, doença crônica ou dificuldades de saúde mental pode necessitar não apenas de tratamento médico, mas também de atividades educativas que desenvolvam estratégias de enfrentamento, compreensão dos riscos à saúde, competências profissionais e capacidade de planejar a vida após a libertação. Nesse sentido, a educação funciona como ponte entre o cuidado e a reintegração.

O modelo integrado discutido neste artigo deve, portanto, ser interpretado como um modelo multidisciplinar no qual professores e educadores penitenciários não são atores periféricos. Eles participam da identificação de barreiras à aprendizagem, da adaptação das atividades educativas às limitações de saúde, do fortalecimento da motivação e da articulação entre a reabilitação institucional e a inclusão social após o encarceramento.

DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA RELAÇÃO ENTRE ATENÇÃO À SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NA PRÁTICA PENITENCIÁRIA

Esta seção apresenta uma síntese histórica da relação entre atenção à saúde e assistência social na prática penitenciária, com o objetivo de contextualizar os pressupostos atuais das políticas de atenção integrada. Sem pretender oferecer uma reconstrução histórica exaustiva, concentra-se em momentos decisivos nos quais a coordenação entre as dimensões sociais e sanitárias do cuidado às pessoas presas emergiu como questão sistêmica relevante para os debates contemporâneos.

A coordenação da assistência social e da atenção à saúde no ambiente penitenciário é um processo historicamente condicionado, cujo desenvolvimento se relaciona estreitamente às mudanças na concepção de punição, à compreensão da dignidade humana e à consolidação gradual da ciência penitenciária como campo interdisciplinar situado na interseção entre direito, medicina, serviço social e pedagogia. Embora atualmente a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade seja entendida como parte comum da execução da prisão preventiva e da pena, a história mostra que sua institucionalização e coordenação sistemática com os aspectos sociais do tratamento resultaram de um processo longo e desigual (Jůzl, 2010, 2017; Kučerová, 2013; Řezáč, 1995).

O Iluminismo produziu uma verdadeira ruptura na humanização das prisões e na abordagem sistemática da atenção à saúde. O reformador inglês John Howard lançou as bases da penologia e da ciência penitenciária modernas ao destacar a inseparabilidade entre a saúde física e mental das pessoas presas e a finalidade da pena (Stárek et al., 2025). Em sua obra fundamental, *The State of Prisons in England and Wales*, formulou exigências abrangentes relativas a higiene, alimentação, acesso à água, ar fresco, carga de trabalho, diferenciação da população prisional e formação dos funcionários. A abordagem de Howard pode ser considerada a primeira concepção abrangente de coordenação social e sanitária no sistema prisional, pois compreendia a saúde das pessoas presas não apenas como problema médico, mas como parte integrante de sua reabilitação moral e ressocialização. No continente europeu, suas

ideias foram retomadas pelo desenvolvimento da psiquiatria moderna, representada sobretudo por Philippe Pinel, que, ao retirar simbolicamente as correntes das pessoas com transtornos mentais nas instituições parisienses de Bicêtre e Salpêtrière, abriu caminho para um tratamento mais humano, inclusive daqueles que haviam entrado em contato com o sistema de justiça criminal (Jůzl, 2017; Kučerová, 2013; Řezáč, 1995).

No contexto tcheco, František Josef Řezáč desempenhou papel central. Sua obra de meados do século XIX representa a primeira tentativa sistemática de compreender teoricamente o sistema prisional como um conjunto complexo. Řezáč inclui explicitamente os médicos entre os profissionais essenciais ao funcionamento das prisões, ao lado de professores, religiosos e funcionários administrativos. Essa perspectiva reflete claramente a necessidade de coordenar as funções sanitárias, sociais e educacionais das instituições penitenciárias. O fato de a atenção médica também ter sido incorporada à legislação da época, especialmente na Lei nº 117/1852, confirma sua estabilização institucional como parte natural da execução das penas (Jůzl, 2017; Kučerová, 2013; Řezáč, 1995).

Essa referência histórica é particularmente relevante porque demonstra que a reforma prisional há muito se associa a preocupações pedagógicas. A presença de professores ao lado de médicos e religiosos indica que a ressocialização foi historicamente concebida como processo educacional, moral e relacionado à saúde, e não como intervenção exclusivamente punitiva ou médica.

O desenvolvimento histórico mostra, portanto, que a coordenação social e sanitária do cuidado no contexto penitenciário não surgiu de forma repentina, mas foi se constituindo em resposta a riscos de saúde, mudanças sociais, ideias humanistas e transformações na compreensão da finalidade da pena. De uma presença médica ocasional e repressiva, avançou-se para um modelo sistemático, interdisciplinar e respaldado pela legislação, que forma a base dos atuais sistemas sociais e de saúde penitenciários na República Tcheca e no contexto europeu mais amplo.

Sob uma perspectiva analítica, a história da atenção penitenciária demonstra que a relação entre as dimensões sociais e sanitárias é reconhecida há muito tempo, embora raramente tenha sido plenamente integrada no plano institucional. Essa tensão persistente entre a separação disciplinar e a necessidade de coordenação constitui um pano de fundo importante para interpretar os esforços contemporâneos de integração e avaliar em que medida os dados atuais refletem ou contestam esses padrões históricos.

PRÁTICA PENITENCIÁRIA E INTERFACE SOCIOASSISTENCIAL E DE SAÚDE

Esta seção analisa as características da população prisional e a organização do cuidado na prática penitenciária, com atenção especial à forma como necessidades sociais e de saúde se intersectam. O objetivo não é estabelecer relações causais ou avaliar modelos específicos, mas examinar como as evidências disponíveis refletem a complexidade dessas necessidades e quais conclusões analíticas podem delas ser extraídas.

A população prisional constitui um grupo específico cujas necessidades sociais e de saúde se acumulam, são interdependentes e frequentemente se agravam no próprio ambiente institucional da prisão. Sob a perspectiva da interface socioassistencial e de saúde, trata-se de uma população com níveis significativamente mais elevados de riscos sanitários, privação social e vulnerabilidade estrutural do que a população em geral, o que torna analiticamente problemática a separação tradicional entre atenção à saúde e assistência social no contexto penitenciário (Gormley, 2022). A prisão oferece, assim, um exemplo particularmente informativo de ambiente no qual as limitações de um sistema fragmentado de cuidado se tornam plenamente visíveis.

O perfil de saúde das pessoas em cumprimento de pena é há muito caracterizado por prevalência acima da média de doenças crônicas, doenças infecciosas, transtornos mentais e dependências. Pesquisas e estatísticas oficiais confirmam repetidamente maior incidência de diagnósticos psiquiátricos, transtornos de personalidade, depressão e ansiedade, além de doenças somáticas relacionadas a estilos de vida de risco, negligência do cuidado preventivo e baixo acesso aos serviços de saúde antes do encarceramento. Esses problemas costumam ser duradouros e exigir cuidado contínuo, não apenas intervenção médica aguda.

Ao mesmo tempo, o estado de saúde das pessoas presas está estreitamente relacionado à sua situação social, normalmente marcada por acúmulo de desvantagens. Entre os traços mais comuns estão baixa escolaridade, trajetória profissional instável ou inexistente, endividamento, ruptura de vínculos familiares e sociais, experiências de exclusão e competências limitadas para uma vida autônoma após a libertação. Esses fatores aumentam o risco de deterioração da saúde durante o encarceramento e afetam de modo significativo as possibilidades de tratamento bem-sucedido, reabilitação e ressocialização posterior.

Uma característica específica do ambiente prisional é que as necessidades sociais e de saúde não são apenas paralelas, mas profundamente interligadas (Miller et al., 2024). Um transtorno mental, por exemplo, pode afetar de maneira decisiva a capacidade de adaptação ao regime prisional, de adesão ao tratamento ou de participação em programas de ressocialização;

por outro lado, a privação social, o isolamento e a perda de papéis sociais podem agravar a saúde mental e física. Nesse sentido, a prisão pode ser compreendida como ambiente que não apenas revela, mas frequentemente intensifica problemas sociais e de saúde já existentes.

Sob a perspectiva socioassistencial e de saúde, também é importante considerar que o cumprimento da pena constitui um período limitado, mas intensivo, de intervenção, durante o qual existe potencial para estabilizar a saúde, desenvolver competências sociais e preparar a reintegração à sociedade. Esse potencial, contudo, só pode ser concretizado quando o cuidado não é reduzido a serviços de saúde isolados ou programas sociais parciais, mas concebido como processo integrado que considere as necessidades complexas do indivíduo em sua totalidade biopsicossocial.

Durante esse período, os programas educativos podem oferecer oportunidades estruturadas para reconstruir rotinas, desenvolver hábitos de trabalho, aprimorar competências básicas e fortalecer a capacidade de participação na vida social. Por essa razão, a análise das necessidades sociais e de saúde deve ser complementada pela atenção às necessidades educacionais, pois condições de saúde não tratadas, baixa escolarização, experiência profissional limitada e exclusão social frequentemente se reforçam mutuamente.

É necessário dedicar atenção especial a subgrupos de pessoas presas cujas necessidades sociais e de saúde são particularmente intensas. Entre eles estão a população prisional envelhecida, pessoas com doenças crônicas e degenerativas, indivíduos com transtornos mentais graves e pessoas com deficiências múltiplas. Esses grupos evidenciam os limites de um modelo que separa rigidamente as dimensões sanitária e social do apoio e reforçam a necessidade de atenção social e de saúde coordenada, duradoura e institucionalmente estruturada.

Do ponto de vista analítico, pode-se afirmar que a população prisional corresponde às características definidoras dos grupos atendidos na interface socioassistencial e de saúde: necessidades duradouras, natureza complexa, exigência de cuidado contínuo e elevado risco de falha quando o atendimento é fragmentado. Por isso, a prática penitenciária representa um contexto legítimo e particularmente relevante para considerar essa interface como modelo sistêmico de cuidado. A maneira como são compreendidas e tratadas as necessidades sociais e de saúde das pessoas presas pode funcionar como indicador da maturidade e da funcionalidade do modelo em condições de elevada pressão institucional e restrições estruturais.

O modelo atual de atenção social e de saúde na prática penitenciária tcheca caracteriza-se por significativa diferenciação institucional e funcional. Essa organização reflete a divisão

geral de competências entre os sistemas sanitário e social, mas assume formas e limitações específicas no contexto do encarceramento. A atenção à saúde é prestada no âmbito do Serviço Penitenciário Tcheco, por unidades sanitárias das prisões e prestadores contratados, enquanto o trabalho social é realizado principalmente por educadores, assistentes sociais e outros profissionais especializados. Embora formalmente funcional, esse modelo dual apresenta limitações estruturais que afetam a qualidade, a continuidade e a coordenação do cuidado. Uma análise sobre a saúde mental dos funcionários penitenciários identifica como principais fatores de estresse o comportamento manipulador de pessoas presas, a sobrecarga administrativa e a falta de reconhecimento institucional (Vlach et al., 2025). Apenas uma minoria dos participantes considerou eficazes os sistemas existentes de apoio à saúde mental.

A atenção à saúde no ambiente penitenciário concentra-se sobretudo em assegurar o direito básico das pessoas presas à proteção da saúde, sendo sua prestação fortemente condicionada pelos requisitos de segurança e pela organização da execução da pena. Os serviços são concebidos principalmente em sentido estrito, voltados ao diagnóstico, ao tratamento e ao manejo de condições agudas e crônicas. Embora algumas prisões ofereçam serviços especializados, inclusive psiquiatria e tratamento de dependências, o componente sanitário permanece estruturalmente separado do trabalho social e dos programas de ressocialização, limitando a articulação sistemática entre intervenções clínicas e apoio social.

O trabalho social na prática penitenciária, por sua vez, volta-se principalmente aos processos de ressocialização e adaptação. Inclui o enfrentamento dos problemas sociais das pessoas condenadas, a preparação para a libertação, a manutenção dos vínculos familiares, a busca de moradia e emprego e o tratamento das questões de endividamento. Assistentes sociais e educadores desempenham papel decisivo na estabilização social, mas sua atuação costuma ser restringida pelo número elevado de usuários, pela carga administrativa e pelas possibilidades limitadas de cooperação interdisciplinar aprofundada com as equipes de saúde. As intervenções sociais frequentemente ocorrem separadas do contexto sanitário do usuário, embora o estado de saúde possa afetar de modo substancial sua capacidade de participar de programas de ressocialização.

Sob uma perspectiva sistêmica, uma característica da prática penitenciária atual é a inexistência de um modelo unificado de atenção integrada que articule explicitamente as dimensões sanitária e social do apoio. A cooperação entre profissionais de saúde e da área social depende em grande medida de mecanismos informais, vínculos pessoais e costumes locais de cada prisão, e não de um referencial institucional padronizado. Essa situação produz

desigualdades de acesso entre estabelecimentos e o risco de que as necessidades complexas das pessoas presas não sejam identificadas e atendidas de forma sistemática.

Outro problema específico do modelo atual é a continuidade limitada do cuidado durante as transições, especialmente no ingresso na prisão e na libertação. Prontuários médicos e informações sociais nem sempre são compartilhados de maneira efetiva entre o sistema penitenciário e os prestadores externos, o que dificulta o acompanhamento posterior e aumenta o risco de recaída de problemas de saúde ou de desestabilização social. Essa descontinuidade constitui uma das principais fragilidades do sistema sob a perspectiva socioassistencial e de saúde, pois interrupções em períodos críticos reduzem substancialmente a efetividade das intervenções anteriores.

Do ponto de vista analítico, o modelo atual pode ser descrito como funcionalmente diferenciado, porém estruturalmente fragmentado. Embora seus componentes cumpram as obrigações legais, suas atividades não são suficientemente integradas para refletir a natureza complexa das necessidades das pessoas em cumprimento de pena. Essa situação contraria os princípios da interface socioassistencial e de saúde, que enfatizam coordenação, continuidade e gestão unificada a partir da perspectiva do usuário. A prática penitenciária atual evidencia, portanto, os limites da abordagem setorial tradicional e, simultaneamente, pode ser interpretada como contexto que cria condições para considerar a implementação de um modelo social e sanitário integrado.

A situação atual pode, assim, ser compreendida como um modelo de transição, capaz de oferecer um nível básico de atenção social e de saúde, mas incapaz de responder plenamente às necessidades acumuladas e duradouras das pessoas presas. Essa constatação é coerente com os argumentos favoráveis à aplicação dos princípios da interface socioassistencial e de saúde na prática penitenciária, pois esse contexto evidencia a importância de articular as dimensões sanitária e social do cuidado.

As considerações a seguir são apresentadas como implicações analíticas derivadas das características observadas na população prisional e nos arranjos institucionais, e não como resultados empiricamente comprovados. Elas ilustram possíveis direções para a organização do cuidado, reconhecendo os limites dos dados disponíveis.

A aplicação do conceito de atenção social e de saúde integrada na prática penitenciária pode ser compreendida como abordagem inovadora e sistematicamente fundamentada para enfrentar barreiras há muito identificadas à integração do cuidado no ambiente prisional. Considerando que a população prisional apresenta necessidades altamente complexas, que

reúnem simultaneamente aspectos sanitários, de enfermagem e sociais, o modelo oferece um referencial destinado a enfrentar a fragmentação do sistema existente e criar condições para um cuidado integrado voltado à estabilização do usuário, à prevenção de complicações e ao apoio à ressocialização.

Uma das principais formas de aplicar esse modelo consiste na organização de equipes integradas que reúnam especialistas de medicina, enfermagem, serviço social, psicologia e programas de intervenção voltados à ressocialização. Na prática, essas equipes multidisciplinares poderiam trabalhar com um plano individual de cuidado, elaborado conjuntamente e atualizado de forma regular para cada pessoa condenada. O plano consideraria diagnósticos e necessidades de saúde, determinantes sociais da vida e objetivos relacionados ao retorno à sociedade. O atendimento seria coordenado por um sistema centralizado de gestão, reduzindo duplicidades e assegurando a continuidade do apoio durante todo o cumprimento da pena.

Nessa configuração, educadores penitenciários e professores devem ser incluídos explicitamente na equipe integrada. Sua participação é necessária porque o envolvimento educacional pode ser afetado por medicamentos, condições de saúde mental, deficiências, dependências, motivação, problemas familiares e expectativas relativas à libertação. O planejamento conjunto pode ajudar a adaptar as atividades pedagógicas às condições sociais e de saúde de cada indivíduo.

Um exemplo concreto dessa integração é o compartilhamento de documentação médica e social dentro das estruturas penitenciárias e durante transferências entre estabelecimentos. Informações sobre estado de saúde, medicamentos, evolução do tratamento e dificuldades sociais — como vínculos familiares, moradia ou perspectivas de emprego após a libertação — podem melhorar a qualidade e a efetividade das intervenções. Isso significa que a equipe de saúde não trabalharia apenas com o perfil clínico, mas teria acesso a informações sociais relevantes para as decisões terapêuticas. Inversamente, os assistentes sociais conheceriam limitações de saúde e planos de tratamento capazes de afetar de maneira significativa a adaptação social do usuário.

Outra dimensão é a participação dos prestadores internos e externos em uma rede contínua de cuidados. Essa rede incluiria o setor de saúde da prisão, especialistas externos contratados — como psiquiatras, reumatologistas e geriatras —, serviços sociais especializados na preparação de pessoas libertadas e organizações não governamentais de apoio à reintegração comunitária. Um aspecto decisivo é criar mecanismos claros para as transições, minimizando

perdas de informação e interrupções do tratamento ou das intervenções sociais durante transferências ou após a libertação. O modelo é coerente com os princípios gerais da interface socioassistencial e de saúde, que reconhecem a continuidade do cuidado como determinante central da efetividade das intervenções integradas.

Além da coordenação interdisciplinar e do compartilhamento de informações, a formação e o desenvolvimento profissional das equipes desempenham papel importante. A integração das dimensões social e sanitária exige não apenas competências específicas, mas também compreensão compartilhada do grupo atendido e orientação conceitual comum centrada no usuário. Isso inclui formação continuada em gerontologia, saúde mental, enfermagem no contexto social, intervenção em crise, comunicação com grupos vulneráveis e aspectos jurídicos da prestação do cuidado durante o encarceramento. Também é necessário estabelecer funções padronizadas de coordenação para assegurar a articulação entre equipes sociais e de saúde dentro das prisões e em cooperação com instituições externas.

Essa formação também deve contemplar os profissionais da educação. Professores que atuam em prisões precisam estar preparados para lidar com trajetórias escolares heterogêneas, deficiência, trauma, dependência e resistência à aprendizagem. Seu papel pedagógico inclui não apenas a transmissão de conteúdos, mas a criação de ambientes de aprendizagem que favoreçam dignidade, responsabilidade e reintegração social.

Outra aplicação importante é o desenvolvimento e a implementação de processos e protocolos padronizados de cuidado que reflitam as necessidades complexas de grupos específicos. Para pessoas com doenças crônicas ou transtornos mentais, por exemplo, poderia ser criado um sistema modular que combinasse intervenções médicas, apoio de enfermagem e atuação do serviço social voltada à adaptação e à estabilização nas condições da prisão. A padronização não apenas contribui para melhorar a qualidade do serviço, mas também cria condições para avaliar a efetividade e a eficiência das intervenções, aspecto importante para o planejamento estratégico e a alocação de recursos no longo prazo.

Outro aspecto relevante é direcionar o cuidado aos determinantes sociais da saúde, que influenciam de modo significativo as condições sanitárias e o funcionamento social após a libertação. As intervenções integradas devem incluir não apenas tratamento e estabilização da saúde, mas apoio em moradia, emprego, vínculos sociais, educação financeira e orientação jurídica. A incorporação desses elementos está de acordo com o conceito de saúde em todas as políticas e representa uma passagem de um modelo predominantemente médico para uma

abordagem abrangente que articula os determinantes da saúde e do funcionamento social do indivíduo.

Por fim, a aplicação da interface socioassistencial e de saúde implica fortalecer a avaliação da qualidade e da efetividade do cuidado por meio de mecanismos de monitoramento. Esse componente envolve definir indicadores de resultados que considerem simultaneamente as dimensões sanitária e social, como o nível de autonomia dos usuários, a recorrência de problemas de saúde e o êxito da reintegração social após a libertação. Esses indicadores são importantes para avaliar validamente o impacto do modelo integrado sobre os indivíduos e sobre o sistema e também podem orientar decisões futuras de política pública e aperfeiçoamento das práticas.

Em síntese, a aplicação da atenção social e de saúde integrada na prática penitenciária não consiste apenas em aceitar conceitualmente a integração, mas em implementar de maneira prática, sistemática e sustentável mecanismos interdisciplinares que assegurem coordenação, continuidade, padronização e avaliação do cuidado. Trata-se de uma abordagem potencialmente transformadora, voltada às necessidades acumuladas e complexas das pessoas em cumprimento de pena e capaz de contribuir para a qualidade e a efetividade do atendimento, bem como para os resultados do processo de ressocialização.

DESAFIOS E RISCOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA INTERFACE SOCIOASSISTENCIAL E DE SAÚDE NA PRÁTICA PENITENCIÁRIA

Sob uma perspectiva analítica, a implementação da atenção integrada em ambientes penitenciários deve ser compreendida não apenas em termos de seus possíveis benefícios, mas também em relação às restrições estruturais, institucionais e éticas que podem limitar sua efetividade. Embora associada a possíveis melhorias na qualidade do cuidado, a implementação enfrenta desafios e riscos que precisam ser examinados cuidadosamente. Eles assumem a forma de barreiras institucionais, legislativas, de pessoal e éticas capazes de afetar de modo significativo o êxito do modelo no ambiente prisional.

Uma das principais barreiras é a fragmentação institucional e a diferença entre as formas de gestão dos cuidados sociais e de saúde. O Serviço Penitenciário Tcheco concentra-se principalmente nos aspectos de segurança, o que dificulta uma integração que exige flexibilidade e conexão entre vários sistemas profissionais. Essa inconsistência estrutural pode gerar resistência à mudança e retardar a implementação do modelo integrado.

Outro obstáculo importante é o arcabouço legislativo. As capacidades das equipes e as competências jurídicas de cada profissional exigem definição clara das responsabilidades e das possibilidades de intervenção no novo modelo. Mudanças legislativas e a necessidade de harmonizar normas entre os setores de saúde e assistência social podem dificultar sua implementação prática.

Um desafio específico é o financiamento da atenção integrada. A coordenação dos serviços sociais e de saúde exige mecanismos financeiros articulados que garantam sustentabilidade e prestação contínua do cuidado, sem duplicidades nem lacunas no financiamento de cada componente.

As questões éticas decorrem principalmente do conflito entre o bem-estar das pessoas presas e as prioridades de segurança. A prevalência da segurança pode limitar o alcance das intervenções sociais e sanitárias, enquanto o imperativo ético do cuidado exige respeito aos direitos e às necessidades do usuário. A continuidade após a libertação representa outro risco importante, pois sua interrupção pode provocar recaída de problemas de saúde ou desestabilização social.

Também é necessário considerar a resistência à reforma e as barreiras culturais dentro das instituições penitenciárias. A introdução de um modelo integrado exige mudança organizacional e cultural, aceitação de novos papéis pelos profissionais e capacidade de adaptação a um sistema de cuidado interligado.

A aplicação da interface socioassistencial e de saúde na prática penitenciária envolve desafios e riscos relevantes que precisam ser previamente identificados e enfrentados. Uma abordagem abrangente, que considere compatibilidade institucional, arcabouço jurídico, recursos humanos, aspectos éticos, sustentabilidade financeira e avaliação contínua, é essencial para uma implementação bem-sucedida. Apenas mudanças dessa natureza podem contribuir para um cuidado de melhor qualidade e mais efetivo, com ênfase na saúde das pessoas presas e em suas perspectivas de ressocialização.

DADOS E CONTEXTO ESTATÍSTICO COMO ARGUMENTO PARA A INTERFACE SOCIOASSISTENCIAL E DE SAÚDE

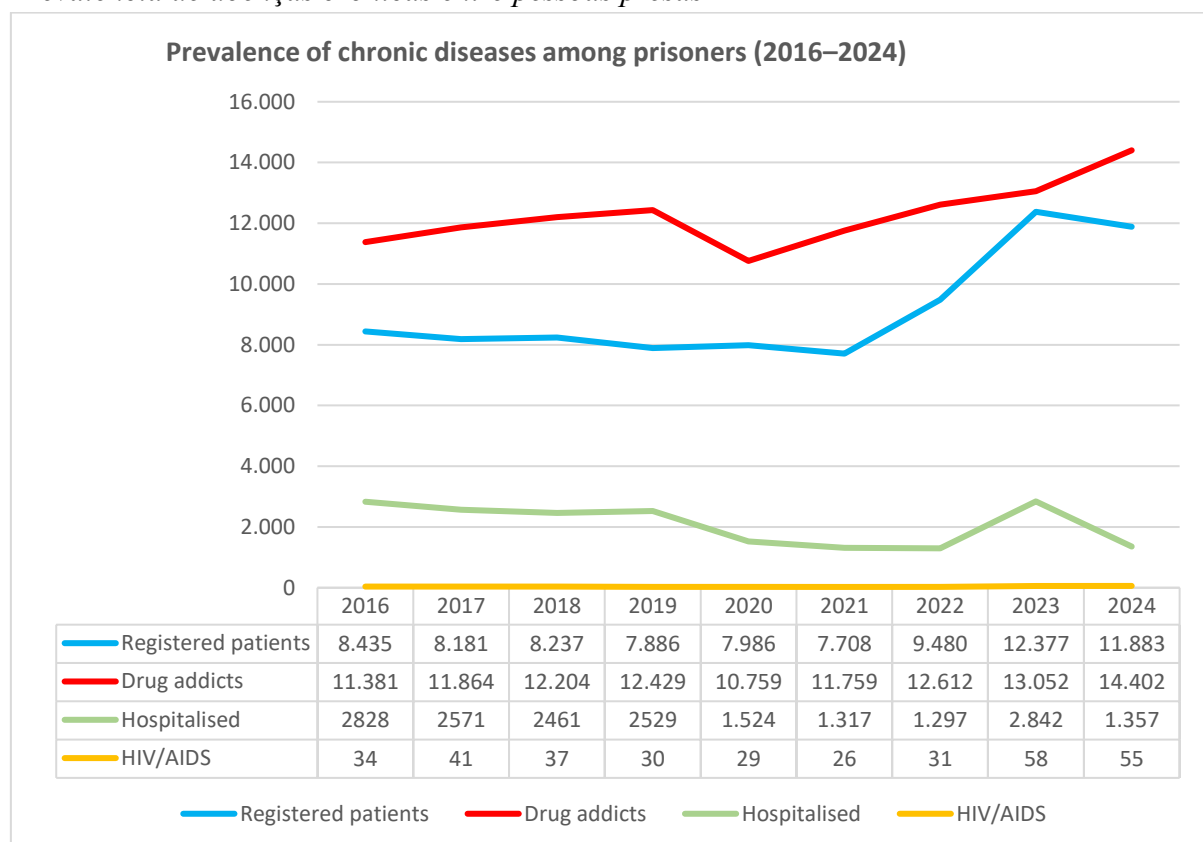
O texto desenvolvido até aqui indica que a interface socioassistencial e de saúde no ambiente penitenciário não é apenas uma questão de coordenação organizacional dos serviços, mas, sobretudo, um reflexo do perfil real da população atendida pelo sistema prisional. Enquanto as seções anteriores apresentaram o contexto conceitual e legislativo, os dados

empíricos permitem compreender as características dessa população e a complexidade de suas necessidades. Em vez de demonstrar a necessidade da atenção integrada, esses dados ilustram padrões compatíveis com os argumentos favoráveis a uma coordenação mais estreita entre serviços sociais e de saúde.

Um ponto de partida essencial é a carga de problemas de saúde da população prisional, cuja estrutura e intensidade superam significativamente as observadas na população em geral. As pessoas ingressam na prisão trazendo um acúmulo de riscos anteriores ao encarceramento, entre eles desemprego prolongado, falta de moradia, dependência, acesso limitado à atenção primária e, frequentemente, desconfiança das instituições. As prisões concentram, portanto, indivíduos que antes eram de difícil alcance para o sistema de saúde. Isso ajuda a explicar a elevada proporção de doenças não tratadas ou diagnosticadas tardiamente, que passam a exigir intervenções complexas capazes de combinar tratamento médico, apoio social e componentes educacionais.

Figura 1.

Prevalência de doenças crônicas entre pessoas presas



Nota. Statistical Yearbooks of the Prison Service of the Czech Republic (2016–2024).

Os dados apresentados na Figura 1 ilustram vários padrões importantes. Em primeiro lugar, observa-se uma representação expressiva de diagnósticos psiquiátricos e dependências, que frequentemente coexistem com outras condições somáticas. Essa combinação dificulta os procedimentos médicos convencionais, pois a efetividade do tratamento está estreitamente relacionada à estabilização da situação social, à continuidade da medicação e ao nível de motivação do paciente. Em segundo lugar, verifica-se elevada incidência de doenças associadas ao estilo de vida, incluindo condições cardiovasculares, problemas respiratórios e hepatites, possivelmente relacionadas à desvantagem social prolongada e à insuficiência do cuidado preventivo.

A interpretação desses dados traz implicações importantes para a compreensão da interface socioassistencial e de saúde. Nesse contexto, os médicos das prisões não podem ser compreendidos como responsáveis apenas por uma função clínica, assim como os assistentes sociais não podem enfrentar problemas sociais sem considerar as limitações de saúde do usuário. A Figura 1 sugere que, para parcela significativa das pessoas presas, pode ser difícil distinguir a fronteira entre problemas “de saúde” e “sociais”. Condições de saúde mental podem afetar a capacidade de trabalhar, a dependência pode limitar a participação em programas de reabilitação e doenças somáticas podem restringir o envolvimento em atividades educativas ou terapêuticas.

Os mesmos dados também apresentam implicações educacionais. Doenças crônicas, problemas de saúde mental e dependências podem afetar concentração, frequência, motivação e capacidade de participar de programas de formação ou ressocialização. Por isso, o planejamento educacional nas prisões deve estar articulado à avaliação de saúde e ao trabalho social, em vez de ser organizado como atividade institucional isolada.

Sob a perspectiva da prática penitenciária, esses achados sugerem que a atenção à saúde na prisão pode ser compreendida como parte de um processo mais amplo de ressocialização, e não apenas como serviço destinado a manter condições físicas básicas. Nesse contexto, a triagem e o diagnóstico no ingresso parecem especialmente importantes para a elaboração de planos individualizados de tratamento. Ao mesmo tempo, a falta de continuidade com os serviços comunitários após a libertação pode limitar os efeitos de longo prazo da atenção prestada na prisão e repercutir nos resultados mais amplos de reintegração.

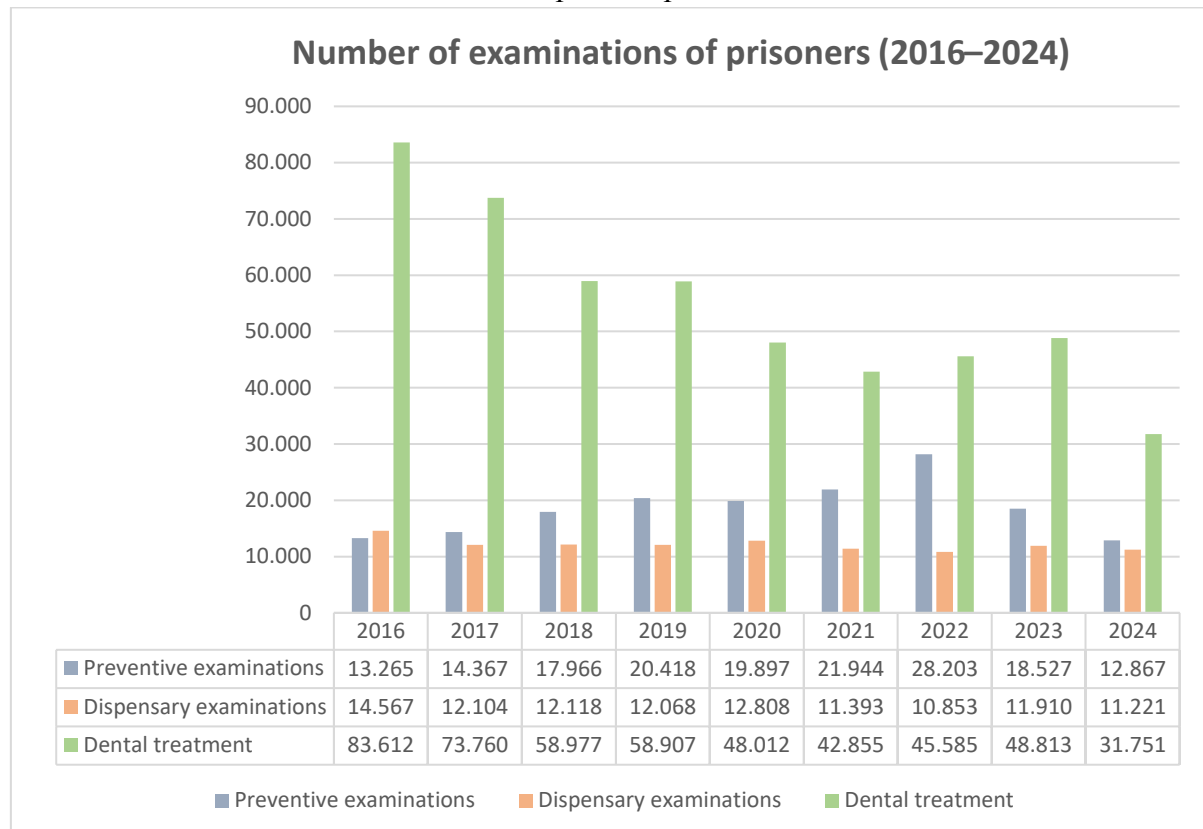
A Figura 1 não oferece apenas um panorama descritivo do estado de saúde da população prisional; ela também evidencia a interligação entre fatores sanitários e sociais discutida nas seções teóricas anteriores. Sugere, portanto, que a prisão constitui um contexto no qual a

interface socioassistencial e de saúde se torna particularmente visível na prática cotidiana, em vez de permanecer como conceito abstrato de política pública.

O número de exames apresentado na Figura 2 também é relevante.

Figura 2.

Número de exames médicos realizados em pessoas presas



Nota. Statistical Yearbooks of the Prison Service of the Czech Republic (2016–2024).

A Figura 2 oferece informações sobre a intensidade do contato entre as pessoas presas e o sistema de saúde no ambiente penitenciário e permite interpretar de modo mais detalhado a forma como o cuidado é prestado. Os dados indicam volume relativamente elevado de exames, o que pode sugerir acesso significativo aos serviços. Uma análise mais cuidadosa, contudo, mostra que a frequência dos procedimentos médicos, por si só, não permite concluir sobre sua qualidade ou sua articulação com intervenções sociais.

A predominância de exames agudos e pontuais sugere que parcela considerável dos contatos pode decorrer de problemas imediatos, e não de um processo terapêutico sistematicamente planejado e duradouro. Nesse contexto, os dados são compatíveis com o pressuposto de que um número elevado de exames não corresponde necessariamente à existência de atenção integrada. Quando as intervenções médicas não são acompanhadas de

avaliação social, trabalho com a motivação do usuário e vínculos com programas de ressocialização, podem permanecer como ações relativamente isoladas e de impacto limitado sobre as condições gerais de saúde e sociais das pessoas presas.

Essa limitação também se aplica aos indicadores educacionais. Uma prisão pode informar a existência de atividades escolares ou profissionalizantes, mas essa informação, isoladamente, não mostra se a educação é coordenada com os cuidados sociais e de saúde nem se contribui para uma reintegração efetiva. Estudos futuros devem incluir dados sobre participação educacional, conclusão de cursos, apoio à aprendizagem e continuidade com oportunidades de emprego ou formação após a libertação.

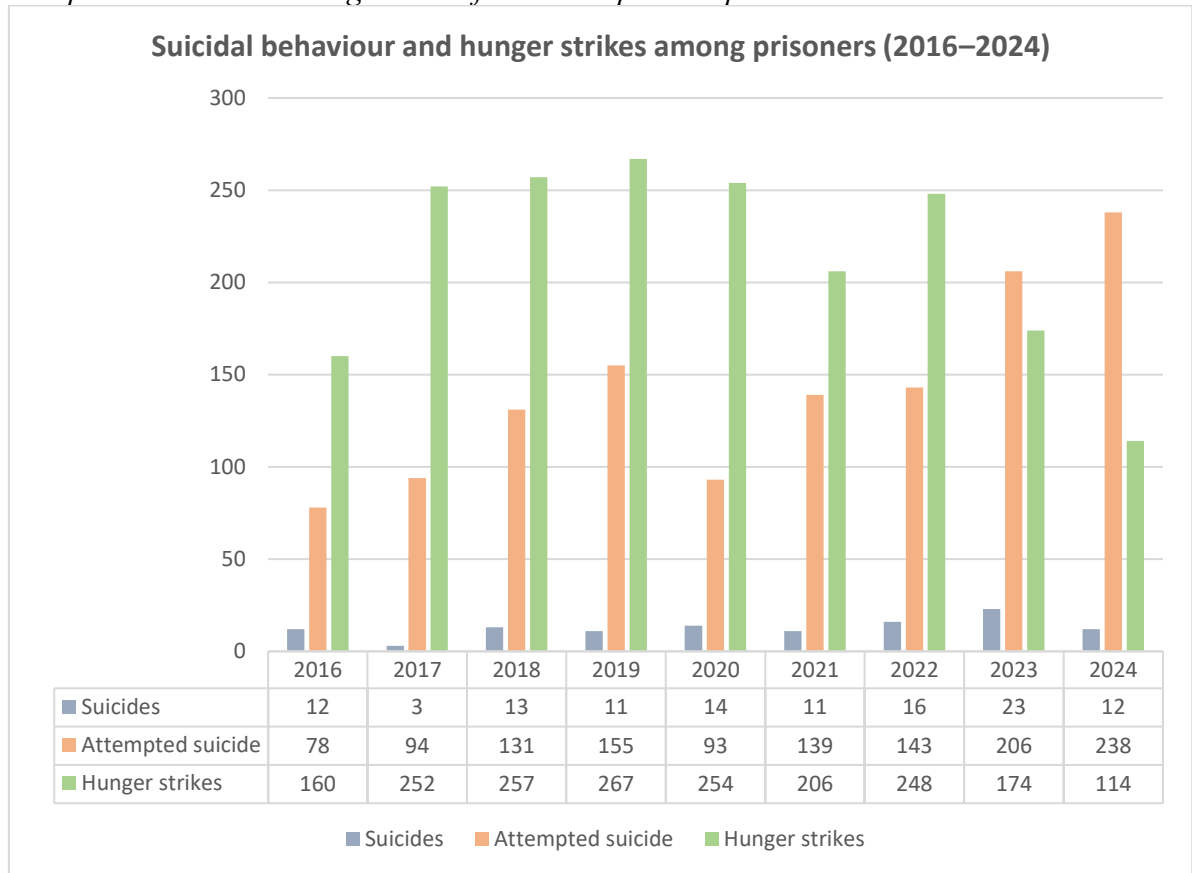
As diferenças entre os tipos de exames refletem características próprias do ambiente prisional, como a necessidade de triagens iniciais, monitoramento durante o cumprimento da pena e resposta a situações agudas ou de crise. Esses padrões podem apontar para a importância de fortalecer abordagens interdisciplinares nas quais a atenção médica esteja mais estreitamente articulada ao trabalho social, ao apoio psicológico e à preparação para a reintegração. O número de exames pode ser compreendido não apenas como indicador administrativo da atividade sanitária, mas também como indicador indireto de como o sistema responde às necessidades complexas das pessoas presas nas diferentes dimensões de sua situação de vida.

Um dos indicadores mais sensíveis, embora analiticamente informativo, é a ocorrência de comportamento suicida e greves de fome. Esses fenômenos podem ser interpretados não apenas como manifestações individuais, mas também como reflexos de tensões mais amplas entre o estado mental das pessoas presas, as condições de encarceramento e a capacidade do sistema de responder de maneira coordenada às crises. Eles são particularmente relevantes para a interface socioassistencial e de saúde porque reúnem dimensões sanitárias, sociais, éticas e de segurança.

O comportamento suicida nas prisões é tradicionalmente compreendido sobretudo como problema psiquiátrico. A experiência prática, porém, mostra que o desencadeador decisivo costuma ser uma combinação de fatores: perda de vínculos sociais, dívidas, receio do processo criminal, conflitos na prisão, comunicação insuficiente com a família ou sensação de desesperança. As greves de fome apresentam complexidade semelhante: podem expressar protesto, pedido de ajuda ou consequência de descompensação mental. Esses fenômenos não podem, portanto, ser reduzidos a um diagnóstico médico; exigem intervenção coordenada de profissionais de saúde, psicólogos, assistentes sociais e educadores.

Figura 3.

Comportamento suicida e greves de fome entre pessoas presas



Nota. Statistical Yearbooks of the Prison Service of the Czech Republic (2016–2024).

Os dados da Figura 3 indicam que as manifestações de crise constituem aspecto significativo da realidade penitenciária, e não ocorrências isoladas. As oscilações anuais no número de tentativas de suicídio e greves de fome podem estar relacionadas não apenas a mudanças na composição da população prisional, mas também à capacidade do sistema de identificar sinais de risco e responder a eles em tempo oportuno. A disponibilidade de atendimento psicológico, a natureza das medidas regimentais e condições contextuais mais amplas — como oportunidades de contato familiar, inserção no trabalho ou percepção de tratamento justo por parte dos funcionários — podem desempenhar papel importante.

Sob a perspectiva da interface socioassistencial e de saúde, esses dados admitem diferentes interpretações. O comportamento em crise pode refletir as dificuldades de coordenar distintos serviços dentro da prisão. Quando a atenção à saúde, o trabalho social e as medidas regimentais funcionam paralelamente, e não de modo articulado, as informações sobre o usuário podem se fragmentar. Um psiquiatra pode avaliar o risco clínico, mas, sem conhecer a situação social, sua intervenção pode permanecer incompleta; de forma semelhante, um assistente social

pode trabalhar questões familiares ou relacionais, mas a ausência de apoio clínico oportuno pode limitar a efetividade. Nesse sentido, os dados reforçam a importância de uma dimensão preventiva na interface socioassistencial e de saúde.

O comportamento suicida é frequentemente precedido por sinais de alerta, como perda de motivação, isolamento social, conflitos interpessoais, recusa alimentar ou aparecimento de queixas somáticas. O reconhecimento oportuno desses sinais pode depender da combinação das informações provenientes de diferentes perspectivas profissionais em uma compreensão mais abrangente do usuário. Nesse contexto, abordagens integradas apresentam potencial não apenas terapêutico, mas também preventivo.

Greves de fome e automutilação também podem ser interpretadas como expressões da tensão entre a lógica de segurança das instituições penitenciárias e as abordagens das profissões de ajuda. Embora medidas regimentais possam contribuir para o controle do risco no curto prazo, a ausência de intervenções sobre fatores subjacentes — endividamento, relações familiares, dependência ou condições de saúde mental — pode limitar os efeitos duradouros. Os dados sugerem, assim, que a interface socioassistencial e de saúde é um espaço de interação entre diferentes lógicas institucionais, e não uma simples combinação de serviços.

Do ponto de vista prático, esses resultados apontam para algumas direções relevantes:

1. Desenvolvimento de equipes multidisciplinares de crise que promovam coordenação mais estreita entre os serviços sociais e de saúde;
2. Compartilhamento sistemático de informações sobre usuários em situação de risco, respeitando-se os padrões éticos e jurídicos;
3. Fortalecimento de programas voltados ao manejo do estresse, às estratégias de enfrentamento e à restauração dos vínculos sociais;
4. Melhoria da articulação com serviços comunitários após a libertação, pois os riscos associados ao comportamento em crise podem persistir para além do encarceramento.

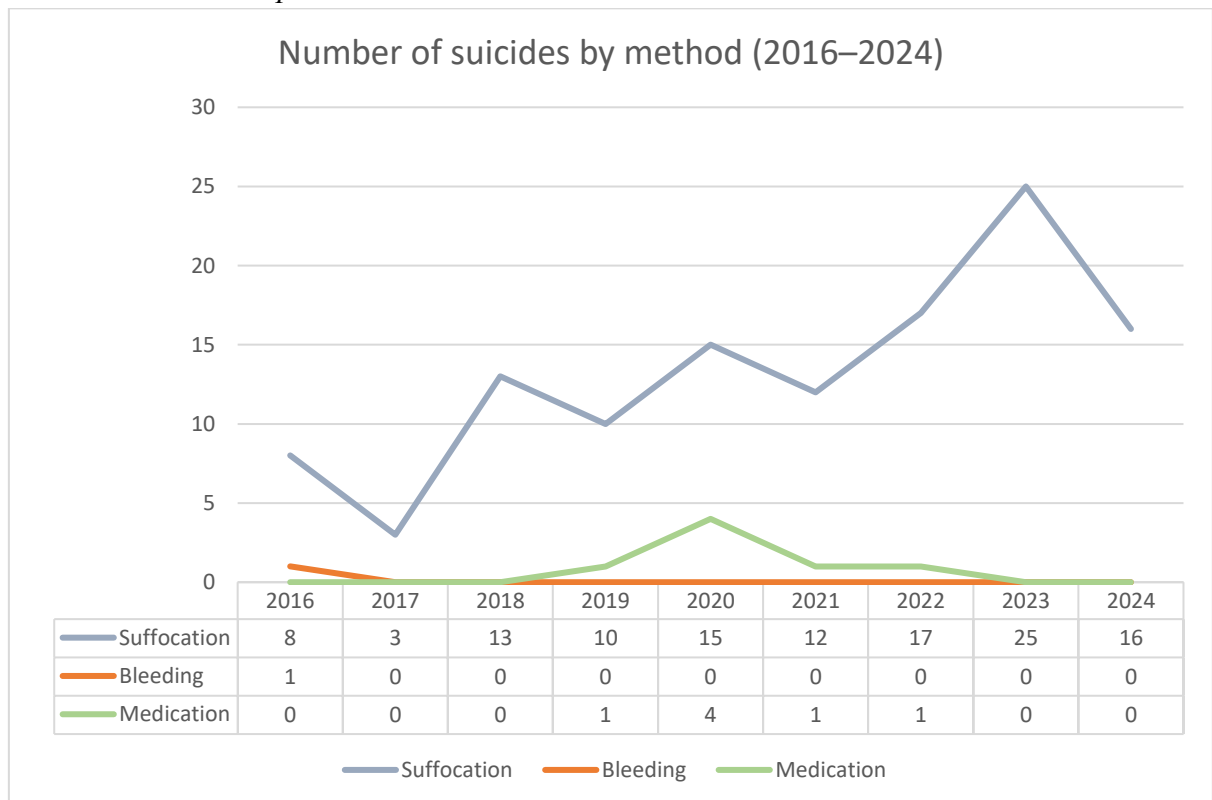
A Figura 3 não apenas apresenta um panorama de indicadores selecionados de crise, mas também mostra como a qualidade do cuidado no ambiente prisional pode estar relacionada à capacidade do sistema de responder a situações complexas e agudas. Nesse sentido, a interface socioassistencial e de saúde pode constituir um mecanismo importante para articular a supervisão médica à compreensão do contexto social mais amplo do sofrimento.

Enquanto a análise anterior se concentrou na ocorrência geral de comportamento suicida e greves de fome, o exame dos métodos utilizados nas tentativas pode oferecer informações adicionais sobre a natureza das crises nas prisões. A escolha do método pode estar associada não apenas à disponibilidade de meios, mas também ao estado psicológico, ao nível de impulsividade e às características do ambiente institucional. Esses dados constituem, portanto, uma fonte sensível, mas analiticamente relevante, para o desenvolvimento de estratégias preventivas e de intervenção.

Pesquisas em psicologia penitenciária sugerem que formas situacionais de comportamento suicida, estreitamente relacionadas a estresse agudo, perda de perspectivas ou conflito com o ambiente, podem ser mais frequentes nas prisões do que atos planejados no longo prazo. Isso amplia as exigências sobre a capacidade dos profissionais de reconhecer sinais de risco oportunamente e coordenar respostas sanitárias, sociais e regimentais.

Figura 4.

Número de suicídios por método



Nota. Statistical Yearbooks of the Prison Service of the Czech Republic (2016–2024).

Os dados da Figura 4 mostram que a estrutura dos métodos reflete características específicas do ambiente prisional: acesso limitado a recursos, elevado nível de vigilância e, simultaneamente, forte pressão psicológica sobre os indivíduos. O predomínio de certos

métodos pode sugerir que algumas formas de comportamento suicida expressam sofrimento agudo, e não apenas atos deliberados. Essa constatação traz implicações importantes para o conceito de interface socioassistencial e de saúde: a intervenção não pode se limitar à prevenção médica, devendo incluir trabalho sobre relações, comunicação, sentido e apoio social.

A Figura 4 também sugere que o risco de suicídio está estreitamente relacionado a fatores institucionais, como qualidade das condições de alojamento, grau de isolamento, possibilidade de contato com a família e forma de tratamento pelos funcionários. Essas variáveis situam-se em grande parte fora da competência tradicional da saúde, mas produzem impacto direto sobre o estado mental. Isso demonstra o caráter artificial da separação entre as esferas sanitária e social na prática penitenciária e indica que a prevenção das crises mais graves exige responsabilidade compartilhada por diferentes profissões. Do ponto de vista metodológico, podem ser deduzidas várias implicações: mapeamento sistemático do risco no ingresso; articulação entre atenção psiquiátrica e apoio social intensivo nas primeiras semanas; ênfase nas relações interpessoais e na disponibilidade de comunicação em crise; e participação da família e dos serviços comunitários na prevenção de recaídas após a libertação.

Sob a perspectiva da interface socioassistencial e de saúde, esses achados sugerem que a proteção da vida nas prisões pode não ser suficientemente assegurada apenas por medidas técnicas, dependendo de um sistema mais abrangente que considere simultaneamente as dimensões sanitária e social.

DISCUSSÃO

A descrição da interface socioassistencial e de saúde no ambiente penitenciário sugere que a divisão tradicional do cuidado entre setores pode já não corresponder à natureza real das necessidades da população prisional. Os dados apresentados indicam que os problemas de saúde estão estreitamente ligados à situação social, ao tempo de cumprimento da pena e à disponibilidade de serviços de apoio. A discussão não pode, portanto, limitar-se à descrição de indicadores isolados, mas deve considerar contextos sistêmicos mais amplos que influenciam se as prisões funcionam como espaços de ressocialização ou, ao contrário, como ambientes que reforçam a exclusão social.

Uma questão central diz respeito à medida em que o sistema penitenciário pode compensar limitações da atenção primária e dos serviços sociais no meio civil. Os dados sugerem que parcela significativa das pessoas ingressa na prisão já afetada por doenças crônicas

não tratadas, dependências e condições psiquiátricas. Nesse sentido, a prisão pode funcionar como espaço em que os usuários são diagnosticados sistematicamente pela primeira vez e recebem intervenções iniciais. Ao mesmo tempo, essa situação reflete uma tensão sistêmica mais ampla, na qual uma instituição criada principalmente para executar a punição assume funções normalmente associadas aos serviços comunitários. A interface socioassistencial e de saúde deve, assim, ser compreendida não apenas como questão interna da prática penitenciária, mas como parte de uma discussão mais ampla sobre a organização dos serviços públicos.

A segunda questão diz respeito à continuidade do cuidado. Os dados sobre o tempo de pena e o número de exames sugerem que a intensidade das intervenções pode ser relativamente elevada, embora frequentemente fragmentada. Penas curtas podem limitar o desenvolvimento de um processo terapêutico abrangente, enquanto penas longas podem aumentar os riscos de institucionalização e enfraquecimento dos vínculos com o ambiente social de origem. É necessário considerar como os serviços prisionais e comunitários podem ser articulados de modo mais efetivo para que o cuidado continue após a libertação. Sem essa continuidade, a interface dentro da prisão representará apenas uma solução parcial, cujos efeitos podem se dissipar no retorno à sociedade.

O terceiro tema é a tensão entre as funções de segurança e de apoio da prisão. Os indicadores de comportamento suicida e greves de fome sugerem que o comportamento em crise não pode ser atribuído apenas à psicopatologia individual, mas pode constituir resposta complexa à perda de autonomia, de papéis sociais e de perspectivas de futuro. Quando a resposta depende predominantemente de medidas regimentais, existe o risco de controlar sintomas sem enfrentar suas causas. A interface socioassistencial e de saúde constitui, nesse contexto, um espaço de interação entre a lógica da segurança e a lógica do cuidado, cujos resultados são influenciados pela cultura institucional, pela formação das equipes e pelo grau de compartilhamento de competências entre os grupos profissionais.

A mensuração da efetividade dessas abordagens também representa questão importante. Indicadores tradicionais, como o número de exames realizados ou a capacidade dos serviços de saúde, fornecem apenas uma visão limitada do impacto real sobre a vida das pessoas presas. Torna-se relevante desenvolver indicadores mais abrangentes, que considerem qualidade de vida, estabilização da saúde, capacidade de integração social e resultados de reintegração, inclusive reincidência. Nessa perspectiva, a relevância da interface deve ser avaliada em relação a mudanças de longo prazo nas trajetórias de vida, e não somente por indicadores administrativos de desempenho.

Sob a perspectiva da política educacional, a efetividade da atenção integrada também deve ser avaliada por indicadores de aprendizagem e ressocialização, como participação em programas educativos, obtenção de qualificações, preparação profissional, desenvolvimento de competências socioemocionais e continuidade com educação comunitária e emprego após a libertação. Esses indicadores permitiriam compreender se a prisão funciona apenas como local de custódia ou também como ambiente estruturado de reabilitação.

As dimensões de pessoal e ética também são centrais. Abordagens integradas podem aumentar as exigências sobre profissionais situados na interseção de diferentes áreas. Os profissionais de saúde podem beneficiar-se de maior compreensão dos contextos sociais, os assistentes sociais precisam considerar limitações relacionadas à saúde e os educadores devem atuar em diálogo com os requisitos de segurança. Sem formação e supervisão sistemáticas, existe risco de esgotamento profissional e resistência à mudança. A dimensão ética é igualmente relevante, pois o trabalho com pessoas privadas de liberdade exige equilibrar a proteção da sociedade e o respeito à dignidade humana. A interface pode contribuir para enfrentar essa tensão quando se baseia em participação e atendimento individualizado.

Do ponto de vista legislativo, a introdução da interface socioassistencial e de saúde representa desenvolvimento importante, mas não garante por si só mudanças na prática. Existe a possibilidade de uma implementação meramente formal, na qual estruturas existentes sejam redefinidas sem integração substantiva dos processos. Deve-se, portanto, dedicar atenção ao financiamento, ao compartilhamento de informações e à definição das responsabilidades entre as instituições envolvidas. O ambiente prisional também pode servir como contexto para examinar a aplicabilidade do modelo diante de uma fragmentação estrutural de longa duração.

A interpretação dos dados sugere que a implementação da interface no ambiente penitenciário envolve considerações interligadas nos níveis da organização dos serviços, do trabalho com os usuários e da gestão do sistema. Um aspecto importante é o desenvolvimento de equipes multidisciplinares estáveis que articulem os componentes médico, de enfermagem, psicológico, social e educacional. Essas equipes podem atuar de maneira mais efetiva quando apoiadas por planejamento conjunto, documentação compartilhada e avaliação regular dos processos individuais. A coordenação clara das responsabilidades pode reduzir sobreposições e lacunas na prestação do cuidado.

A segunda área é o fortalecimento da continuidade entre a prisão e a comunidade. Durante o cumprimento da pena, pode ser benéfico estabelecer contato com futuros prestadores, como médicos de atenção básica, centros de tratamento de dependências, serviços de saúde

mental ou assistentes sociais municipais. A libertação pode, de outro modo, produzir interrupções no tratamento e perda do apoio social. Modelos de gestão de casos, nos quais um único coordenador acompanha o usuário nos diferentes contextos institucionais, são apresentados como abordagem potencialmente efetiva. Na ausência dessa continuidade, os efeitos das intervenções iniciadas na prisão podem diminuir com o tempo, inclusive em relação à reintegração e à reincidência.

A terceira área é o trabalho sistemático com grupos de risco identificados por dados sobre saúde, duração da pena e comportamento em crise. A triagem no ingresso pode incluir, além do exame médico, avaliações sociais e psicológicas. A partir delas, torna-se possível diferenciar programas para pessoas com penas curtas, indivíduos com doenças crônicas e usuários com dependências ou condições psiquiátricas. Uma abordagem uniforme tende a apresentar efetividade limitada e não refletir adequadamente a diversidade das necessidades da população prisional.

A formação dos profissionais também desempenha papel importante. Funcionários penitenciários, profissionais de saúde e assistentes sociais podem desenvolver competências em comunicação, intervenção em crise e cooperação interdisciplinar. Supervisão regular e medidas de prevenção ao esgotamento são especialmente relevantes nesse ambiente exigente. Sem apoio adequado às equipes, a mudança da cultura institucional em direção a abordagens mais integradas torna-se mais difícil.

Outra consideração prática é o desenvolvimento de sistemas de informação que permitam compartilhar com segurança dados relevantes entre serviços sociais e de saúde. A fragmentação atual da documentação pode dificultar o planejamento e a avaliação das intervenções. Procedimentos padronizados, indicadores comuns e fluxo transparente de informações constituem elementos importantes para o funcionamento da interface.

Por fim, é necessário fortalecer programas preventivos voltados à saúde mental, ao manejo do estresse e à restauração dos vínculos sociais. Podem ser aproveitadas ideias oriundas do ambiente escolar, como as discutidas por Bačová (2025) a respeito de competências socioemocionais e por Daněk e Klugerová (2023) sobre inclusão. Os dados relativos ao comportamento suicida e às greves de fome mostram que crises só podem ser prevenidas mediante a combinação entre cuidado profissional e tratamento humano. A participação das famílias, das organizações sem fins lucrativos e dos serviços comunitários amplia o alcance da assistência para além da prisão.

Nesse sentido, o diálogo do artigo com estudos sobre educação inclusiva e competências socioemocionais deve ser explicitado. Princípios tradicionalmente discutidos no contexto escolar — inclusão, regulação emocional, comunicação respeitosa e apoio a estudantes vulneráveis — podem ser adaptados à pedagogia penitenciária. Essa adaptação não elimina a especificidade das prisões, mas reforça o argumento de que as práticas educativas são centrais à reabilitação e não podem ser separadas das intervenções sociais e de saúde.

As recomendações apresentadas buscam impedir que a interface socioassistencial e de saúde seja tratada como novidade administrativa, propondo-a como instrumento prático para melhorar a qualidade do cuidado e a segurança da sociedade. O ambiente prisional pode funcionar como espaço de experimentação do novo modelo e inspirar outras áreas de atenção duradoura e complexa. Em termos gerais, a interface abre uma perspectiva na qual a pessoa condenada é compreendida não como objeto de punição, mas como indivíduo com necessidades complexas. Os achados empíricos sustentam essa perspectiva, ao mesmo tempo que revelam barreiras temporais, institucionais e culturais. A discussão aponta, portanto, não para soluções simples, mas para uma transformação gradual que exigirá cooperação entre o Estado, instituições profissionais e o setor sem fins lucrativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo descreveu e analisou a interface socioassistencial e de saúde na prática penitenciária tcheca, procurando articular perspectivas teóricas, legislativas e empíricas sobre esse campo emergente das políticas públicas. A análise partiu do pressuposto de que a população prisional constitui um grupo com necessidades complexas e interligadas, no qual problemas de saúde, desvantagens sociais e formas de comportamento de risco se relacionam estreitamente. Os dados e a discussão sugerem que a separação tradicional entre serviços de saúde e sociais pode não refletir plenamente essa complexidade. Os indicadores mostram que as pessoas que ingressam na prisão frequentemente apresentam uma combinação de doenças crônicas, dependências e condições de saúde mental, influenciada pelo tempo da pena, pela intensidade do contato com os serviços e pela disponibilidade de apoio social. Em conjunto, esses fatores apontam para a importância da coordenação entre diferentes áreas profissionais.

Nesse contexto, a interface socioassistencial e de saúde pode ser compreendida como abordagem destinada a responder ao caráter interligado dessas necessidades, e não como componente adicional ou isolado dos serviços. Sua institucionalização no sistema jurídico

talheco constitui passo importante em direção a uma abordagem mais sistêmica. A análise também sugere, contudo, que a legislação, isoladamente, pode não ser suficiente para produzir mudanças na prática, que dependem ainda da cultura organizacional, da capacidade das equipes e da criação de mecanismos de continuidade. A avaliação dessas abordagens deve considerar não apenas o volume de intervenções, mas resultados mais amplos relacionados à qualidade de vida e à reintegração.

O artigo também indica que a dimensão educacional deve ser tratada como componente necessário dessa abordagem. Se a ressocialização integra os objetivos do encarceramento, a educação na prisão, a formação profissional e a aprendizagem socioemocional precisam estar articuladas à atenção à saúde e ao trabalho social. Essa conexão aproxima o estudo do campo da política e da gestão educacional, sobretudo quando a prisão é compreendida como instituição que pode reproduzir a exclusão ou criar condições para aprendizagem, reabilitação e reintegração social.

O estudo é limitado pela dependência de dados agregados disponíveis, que não permitem analisar detalhadamente trajetórias individuais. Pesquisas futuras poderão adotar desenhos longitudinais que articulem, no nível individual, indicadores sanitários, sociais e criminológicos. Também é necessário avaliar programas-piloto específicos de atenção integrada e seus possíveis impactos sobre reincidência, saúde e inclusão social. Em termos gerais, os resultados sugerem que a interface socioassistencial e de saúde constitui abordagem potencialmente relevante para enfrentar a fragmentação histórica dos serviços e compreender as pessoas presas como indivíduos com necessidades complexas e capacidade de mudança. A prática penitenciária pode, nesse sentido, representar um contexto no qual a proteção da sociedade seja considerada em conjunto com o respeito à dignidade humana e no qual os objetivos de punição e ressocialização sejam examinados de modo mais integrado.

Uma limitação específica é a ausência de dados educacionais detalhados nas fontes administrativas analisadas. O artigo não pode, portanto, avaliar o impacto concreto da educação penitenciária sobre a saúde, a inclusão social ou a reincidência. Essa limitação deve orientar pesquisas futuras para desenhos de métodos mistos que combinem indicadores administrativos, entrevistas, estudos de caso institucionais e acompanhamento longitudinal das trajetórias educacionais antes, durante e depois do encarceramento.

REFERÊNCIAS

- Act No. 38/2025 Coll. (2025). *Act amending Act No. 108/2006 Coll., on social services, as amended, and other related acts*. Collection of Laws of the Czech Republic. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2025-38>
- Act No. 48/1997 Coll. (1997). *Act on public health insurance and on amendments and supplements to certain related acts*. Collection of Laws of the Czech Republic.
- Act No. 108/2006 Coll. (2006). *Act on social services*. Collection of Laws of the Czech Republic. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- Báčová, V. (2025). Implementation of the RRRR methodology in education: Impacts on students' socio-emotional skills and teachers' well-being. *Journal of School Health*, 95(11), 978–987. <https://doi.org/10.1111/josh.70066>
- Bartůněk, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2023). *Soucít v medicíně*. Grada.
- Ben-Moshe, L. (2017). Why prisons are not “the new asylums.” *Punishment & Society*, 19(3), 272–289. <https://doi.org/10.1177/1462474517704852>
- Citoreš, F. K. (2024). Řešení pro sociálně-zdravotní pomezí. Možná už od roku 2025. *Medical Tribune*. <https://www.tribune.cz/nase-tituly/medical-tribune>
- Council of Europe. (2013). *Prison health care and medical ethics*. Council of Europe.
- Council of Europe. (2020). *European prison rules: Recommendation Rec(2006)2-rev*. Council of Europe.
- Czech Statistical Office. (2025). *Kriminalita 2024*. Czech Statistical Office.
- Daněk, A., & Klugerová, J. (2023). Inclusive education as an instrument for preventing social exclusion. *Ad Alta*, 13(2), 142–144. <https://doi.org/10.33543/1302>
- Eichelberger, M., Wertli, M. M., & Tran, N. T. (2023). Equivalence of care, confidentiality, and professional independence must underpin the hospital care of individuals experiencing incarceration. *BMC Medical Ethics*, 24, Article 13. <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00891-3>
- Gormley, C. (2022). The hidden harms of prison life for people with learning disabilities. *The British Journal of Criminology*, 62(2), 261–278. <https://doi.org/10.1093/bjc/azab061>
- Holmerová, I. (2015). *Dlouhodobá péče: Geriatrické aspekty a kvalita*. Grada. <https://www.bookport.cz/kniha/dlouhodobapa-ce-2460/>
- Jůzl, M. (2010). *Základy pedagogiky*. IMS.
- Jůzl, M. (2017). *Penitenciaristika jako věda žalární*. UJAK.
- Kučerová, J. (2013). *Historický vývoj zdravotnické služby ve vězeňství se zřetelem na činnost pankrácké nemocnice v letech 1918–1998* (Bachelor's thesis). Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety.

- Larsen, B. K., Dale, K. Y., & Odegard, A. (2022). Interprofessional collaboration in reintegration after prison for prisoners with substance abuse issues: A scoping review. *International Journal for Crime, Justice and Social Democracy*, 11(2), 174–190.
- Miller, K. E. M., Shen, K., Yang, Y., Williams, B., & Wolff, J. L. (2024). Prevalence of disability among older adults in prison. *JAMA Network Open*, 7(12), e2452334. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.52334>
- Ministry of Labour and Social Affairs of the Czech Republic. (2024a). *MPSV a MZ představila změnový zákon o sociálně-zdravotním pomezí*. <https://www.mpsv.cz/mpsv-a-mzd-predstavila-zmenovy-zakon-o-socialne-zdravotnim-pomezim-navrhujici-efektivnejsi-zpusob-poskytovani-sluzeb-v-teto-oblasti-a-aktualizaci-systemu>
- Ministry of Health of the Czech Republic. (2024b). *Vláda schválila změnový zákon o sociálně-zdravotním pomezí*. <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/vlada-dnes-schvalila-zmenovy-zakon-o-socialne-zdravotnim-pomezim/>
- Ondrašek, S., Kozlová, L., Hricová, A., & Urban, D. (2024). *Sociální politika*. Grada.
- Průša, L. (2021). *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.
- Řezáč, F. J. (1995). *Vězenství v posavadních způsobech svých s návrhem o zdárnější trestání a polepšování zločinců*. *České vězeňství*, (4–5).
- Spreat, S. (2020). Persons with intellectual disability in prison. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 11(4), 233–237. <https://doi.org/10.1108/JIDOB-03-2020-0006>
- Stárek, L., Klugerová, J., Chrzová, D., & Roubalová, A. (2025). Perspectivas educacionais e éticas sobre a eugenia: Impacto em indivíduos com deficiência do século XIX a meados do século XX. *Revista on line de Política e Gestão Educacional*, 29(spe. 1), e025041. <https://doi.org/10.22633/rpge.v29iesp1.20476>
- Prison Service of the Czech Republic. (2016–2024). *Statistická ročenka Vězeňské služby České republiky*. <https://www.vs.gov.cz/sekce/statisticke-rocenky-vezenske-sluzby>
- Tomeš, I., & Šámalová, K. (Eds.). (2017). *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Karolinum.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules)*.
- Válková, M. (2015). *Dlouhodobá péče v ošetrovatelství*. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.
- Vlach, F., Klugerová, J., & Daněk, A. (2025). Behind bars and beyond limits: Psychological strain on professional prison staff in the Czech Republic. *Interacción y Perspectiva*, 16(1), 294–316. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17643075>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2014). *Prisons and health*. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2021). *The WHO prison health framework: A framework for assessment of prison health system performance*. WHO Regional Office for Europe.

CRediT Author Statement

- ☐ **Reconhecimentos:** Não se aplica.
 - ☐ **Financiamento:** AMBIS University.
 - ☐ **Conflitos de interesse:** Não se aplica.
 - ☐ **Aprovação ética:** Não se aplica.
 - ☐ **Disponibilidade de dados e material:** As fontes de dados estão publicamente disponíveis nos respectivos *sites*.
 - ☐ **Contribuições dos autores:** Todos os autores contribuíram igualmente para o artigo.
-

Processamento e editoração: Editora Ibero-Americana de Educação
Revisão, formatação, normalização e tradução

