



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

SOFIA SANTOS DE FREITAS

A SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Trabalho de Conclusão de Curso em forma de monografia apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Dário Frederico Pasche

Porto Alegre

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

Trabalho de Conclusão de Curso em forma de monografia de autoria de Sofia Santos de Freitas, intitulado: “A saúde no Sistema Prisional no estado do Rio Grande do Sul”, apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Dário Frederico Pasche

Prof. Dr. Roberto Henrique Amorim



Porto Alegre

2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à população vulnerável brasileira, que sofre tanto com racismo, sexismo e são tão humilhados, rechaçados e caem no sistema prisional muitas vezes sem entender o delito que cometem. Eles são tão frágeis a ponto de não entenderem a gravidade dos fatos que a eles são impingidos. Saibam que aqui tem alguém que luta por vocês.

AGRADECIMENTOS

Ao universo, por ter me proporcionado tantas vivências em minha existência. Das mais simples às mais complexas. Das mais árduas às mais tranquilas. Tudo que vivi foi fundamental para que eu entendesse que sempre tem um pote de ouro no final do arco-íris.

Aos meus pais, Lidia e Paulo, por terem investido tanto amor, carinho, tempo, paciência e sabedoria em mim. Se hoje estou concluindo esta fase de minha vida, é graças ao empenho de vocês em minha trajetória.

À minha irmã, Vitória, por ter travado tantas lutas ao meu lado, principalmente no meu ingresso na universidade. Foste fundamental para meu crescimento e superação.

Aos meus avós Loreno, Eva e Janina, que ensinaram os meus pais o que é amor incondicional e por terem me mostrado isso durante minha vida. A saudade é algo incontornável, mas as lembranças são apaziguadoras, Vô.

Ao Gabriel, por toda compreensão, carinho, diálogo, escuta, atenção e amor que a mim transmite cotidianamente. Somos parceiros de vida, isso ninguém muda. Que sorte a minha por conhecer-te.

Às minhas amigas/fieis escudeiras/irmãs de alma, Adriana, Amanda e Raphaela, por serem tudo que eu não tinha até conhece-las. Por serem afeto, amparo, amor, carinho, acalento. Por me ouvirem, me fazerem sorrir, por existirem. É terno, eterno.

Ao meu orientador Dário, por ser incansável, competente, atencioso. Pelas mensagens, conselhos, críticas construtivas. Por lutar por um Sistema Único de Saúde para todos, independentemente da população em que se enquadram. Por existir e me dar esperanças de um mundo melhor, com pessoas melhores e com sabedoria o suficiente para mudar o mundo.

À Daila, Ângela, Regina e Ataísa, servidoras do Serviço de Atendimento Especializado Santa Marta – Porto Alegre, por serem tão flexíveis e compreensivas na reta final da faculdade, me propiciando aprendizados e amizades.

SUMÁRIO

1. Introdução	07
2. Metodologia.....	12
3. O Sistema Penitenciário e suas peculiaridades.....	13
4. A população privada de liberdade e suas peculiaridades.....	15
5. Medidas normativas legislativas no sistema penitenciário.....	19
6. O que é Atenção Básica.....	21
7. Do Plano à Política: o SUS, enfim, chega ao Sistema Prisional.....	24
8. Resultados.....	27
8.1 Organização da Unidade Básica de Saúde Prisional.....	27
8.2 As modalidades de Equipes de Saúde no Sistema Prisional.....	31
8.3 A cobertura do serviço de saúde nas penitenciárias.....	32
9. Conclusão.....	41
10. Referências Bibliográficas.....	42

RESUMO

O presente trabalho trata do surgimento de legislação em saúde nas penitenciárias destacando as do Rio Grande do Sul, trazendo a trajetória legislativa existente no Brasil, demonstrando a evolução através de embasamento em referencial teórico, leis e normativas sobre o assunto para analisar as condições e como de fato ocorre na prática. O texto demonstra que até certo período da história do Brasil não existiam normas legais que instituíssem parâmetros para a saúde da população privada de liberdade, até o momento em que passa a vigor a Lei de Execução Penal e chega no modelo em que nos encontramos hoje, que é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema Prisional. Ainda, versa sobre o ritmo de implantação das Equipes no Rio Grande do Sul, bem como sobre as dificuldades de efetivação das normativas.

Palavras-chave: saúde no sistema prisional; saúde carcerária; cobertura de serviços de atenção básica; redes de saúde.

1- INTRODUÇÃO

Em 02 de janeiro de 2014, passou a vigor a Portaria Interministerial nº 01 (BRASIL, 2017), que AMPLIA as redes de saúde – principalmente a Atenção Primária – no sistema prisional, sendo nomeada como Política Nacional Integral de Saúde às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Penitenciário – PNAISP. Cada Unidade de Saúde Prisional passe a ser vista como Unidade Básica de Saúde. Através da Atenção Básica, se dá o primeiro acesso a ações e serviços de saúde para esta população e, em nível estadual, através da Resolução CIB nº 257/2011 e nº 453/2011, estabelece os critérios mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional e define as normas para sua operacionalização e financiamento.

A Atenção Básica em saúde é imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, pois é uma importante porta de entrada do sistema de saúde. Assim, através deste primeiro acesso, dá-se continuidade aos serviços de forma longitudinal, ou seja, prosseguem-se as ações de saúde, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas. E isso também ocorre nas penitenciárias. Através do princípio da igualdade preconizado na Lei nº 8080/90, a população privada de liberdade tem os mesmos direitos de acessar a saúde de forma integral como a população em geral. (CUNHA, 2011)

A Portaria Interministerial nº 01/2014 foi instituída através da corresponsabilidade entre Ministério da Justiça e Ministério da Saúde, ao verificarem que é uma tarefa complexa prover saúde nas penitenciárias, haja vista estão associados objetos de escopo de responsabilidade de cada um dos ministérios.

Segundo a Portaria nº 1 de 2014,

[...] É competência do Ministério da Saúde garantir redes de acesso à saúde, garantir fontes de recursos para compor o financiamento dos programas da rede das redes de saúde, definir estratégias para incluir de maneira fidedigna as informações epidemiológicas das populações prisionais nos sistemas de informação, avaliar e monitorar as metas nacionais de acordo com a situação epidemiológica e as especificidades da região, prestar assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações da PNAISP, apoiar a articulação entre instituições e secretarias de saúde dos estados, distrito federal e municípios, apoiar e fomentar pesquisas consideradas estratégicas no contexto da Política, promover ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a PNAISP, estimular e apoiar o processo de discussão sobre as ações e programas em saúde prisional,

com participação dos setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas de controle social, em especial no Conselho Nacional de Saúde, no Conselho Nacional de Justiça e no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL, 2014).

Sobre o Ministério da Justiça, a Portaria Interministerial nº 1 de 2014 diz que

É responsabilidade do Ministério da Justiça executar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, no âmbito da atenção básica, em todas as unidades prisionais sob sua gestão; elaborar o plano de acompanhamento em saúde dentro dos instrumentos de planejamento e gestão para garantir a continuidade da PNAISP, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o SUS; repassar informações atualizadas ao Ministério da Saúde acerca da estrutura, classificação dos estabelecimentos prisionais, número de trabalhadores do sistema prisional e de pessoas privadas de liberdade, dentre outras informações pertinentes à gestão; disponibilizar o acesso às informações do Sistema de Informação Penitenciária para as gestões federais, estaduais, distritais e municipais da área prisional e da saúde com o objetivo de subsidiar o planejamento das ações de saúde; apoiar a organização e a implantação dos sistemas de informação em saúde a serem utilizados pelas gestões federais, estaduais, distritais e municipais da área prisional e da saúde; assistir técnica e financeiramente, no âmbito da sua atribuição, na construção, na reforma e no aparelhamento do espaço físico necessário à unidade de saúde dentro dos estabelecimentos penais; acompanhar a fiel aplicação das normas sanitárias nacionais e internacionais, visando garantir as condições de habitabilidade, higiene e humanização das ambiências prisionais; elaborar e divulgar normas técnicas sobre segurança para os profissionais de saúde dentro dos estabelecimentos penais; incentivar a inclusão dos agentes penitenciários nos programas de capacitação/sensibilização em saúde para a população privada de liberdade; e colaborar com os demais entes federativos para a inserção do tema "Saúde da Pessoa Privada de Liberdade" nos espaços de participação e controle social da justiça, nas escolas penitenciárias e entre os custodiados (BRASIL, 2014).

Como a população com direito à saúde se encontra no sistema prisional, é mais que necessário que as duas pastas legislem e atuem de forma corresponsável. A partir disto, ficou elucidado que a matéria não compete apenas ao Ministério da Justiça, como vinha sendo desde a Constituição Federal de 1988, e sim que, por tratar-se da saúde, compete também ao Ministério da Saúde, que acabaram por criar a PNAISP. Mesmo que esteja sendo punido por delito cometido, a pessoa privada de liberdade segue sendo cidadão brasileiro tendo garantido o acesso à saúde. Assim, a PNAISP leva, pela primeira vez, o Sistema Único de Saúde – SUS de forma integral para dentro das penitenciárias.

O foco principal da PNAISP é garantir o acesso à saúde da população privada de liberdade, oferecendo integralidade, que supõe também a Atenção Primária em Saúde que são promovidas à população em geral. Para que tais serviços sejam ofertados, que, de acordo com a Portaria nº 482/2014, é necessário que haja uma equipe multiprofissional de saúde composta por médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social e técnico de enfermagem. (PINTO, et. al, 2014)

O tema da saúde prisional passa a despertar inúmeras inquietações ao campo da Saúde Coletiva, principalmente pela atual conjuntura política que estamos enfrentando em nosso país, em que muitos direitos garantidos ao longo dos anos estão sendo substituídos e olvidados, ressaltando o quanto a democracia é frágil e quantos retrocessos estamos passando, trazendo à baila que a população privada de liberdade é duplamente atingido pela vulnerabilidade: antes de entrar no cárcere, pelo fato de que a maioria dos apenados são negros, com pouca escolaridade ¹ e sentenciados – ou aguardando sentença – por tráfico, e porque a partir do momento em que são segregados, têm muitos direitos suprimidos, sendo um deles o acesso à saúde.

Tendo em vista que os presídios são apenas dispositivos para exercício da lei, no Brasil têm a intenção de ressocializar as pessoas privadas de liberdade, e que esta função está comprometida mediante o sucateamento das penitenciárias (KILDUFF, 2010), bem como pela própria realidade do país, a PNAISP regulamenta e reforça direito ao acesso à saúde preconizado na Constituição Federal.

A PNAISP determina o tratamento adequado à pessoa privada de liberdade, resguardando-a de incolumidades físicas e psíquicas, devolvendo a dignidade e decência ao espaço prisional. (CNJ, 2016)

Ao longo dos anos, passaram a ser criadas medidas legislativas que visassem a execução da pena e a garantia de alguns direitos, estando incluso acesso à saúde de forma curativa e preventiva desde a Lei de Execução Penal (LEP), situação em que pela primeira vez o privado de liberdade teve o direito à saúde garantido. Em seguida, foi criada a Constituição Federal, que traz consigo o direito a dignidade, a saúde, e, para complementá-la, a Lei nº8080/90, que regulamentava o SUS. Ainda, em meados de 2003, foi criado Plano Nacional da Saúde no Sistema Penitenciário que trazia parcas garantias à saúde, sem parâmetros de implantação, desta população e em

¹ A população carcerária no Brasil é de aproximadamente 659.274 pessoas, sendo 96,3% homens e 3,7% mulheres. O crime com maior incidência para ambos os sexos é o de tráfico, em segundo lugar roubo e terceiro homicídio. Dentro das penitenciárias existe mais pessoas negras do que fora, ou seja, na população comum brasileira, 53% da população é negra e 47% é branca, enquanto na população privada de liberdade 67%, 32% brancos e 1% amarelos No Rio Grande do Sul, existem 33.555 pessoas privadas de liberdade, das quais 12.289 aguardam julgamento. Em percentagem, 36,62% da população privada de liberdade do estado do Rio Grande do Sul é de presos provisórios. (INFOPEN, 2017)

2014 surge a PNAISP, que traz a saúde de forma integral para dentro das penitenciárias.

Segundo Ceccim (2004):

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por seu estabelecimento de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços. Esta, entretanto, precisa incorporar a noção de Atenção Integral à Saúde, entendendo a rede de ações e serviços como “cadeia de cuidado progressivo à saúde” (Cecílio, 1997), onde não haja dicotomia entre os diversos âmbitos da rede única do SUS.

A atenção integral à saúde se desenvolve, em parte, na construção de Redes de Assistência à Saúde (RAS), sendo a Atenção Primária em Saúde uma das mais comuns portas de entradas na rede. A entrada no sistema de saúde pode se dar de outras formas, que variarão de acordo com a demanda do usuário. A PNAISP garante o acesso integral à saúde, contudo, seu foco é a habilitação de Equipes de Atenção Básicas em Saúde Prisional (EABp), não se resumindo nesta oferta. Por mais que o foco deste estudo sejam as EABp's, são ofertados todos os serviços de saúde disponíveis pelo SUS instituídos pela Portaria nº 01 de 2014 (BRASIL, 2018), de forma integral, universal e equânime.

O Plano buscava tratamento curativo sem estabelecer parâmetros de implantação de equipes de saúde dentro das penitenciárias. Uma vez que não existem parâmetros, não há modelo a ser seguido, ficando a critério de cada Secretaria de Segurança Pública, sem intervenção das secretarias de saúde, o modo de oferta de serviço. Já a Política busca a universalidade do acesso a todos os níveis de atenção, não somente à APS. Contudo, através de trabalhos publicados sobre o assunto, o foco principal da PNAISP passa a ser a Atenção Básica que será estruturada dentro das penitenciárias, para buscar a redução de riscos, redução de agravos e complicações de saúde, que oferta modalidades de equipes a serem instituídas de acordo com a demanda das penitenciárias. (SILVA, 2015)

Para análise avaliativa da evolução das propostas, é necessário que seja considerado o ritmo de implantação da RAS dentro das penitenciárias, a ser auferido pela cobertura real e potencial das EABps e quais parâmetros para sua aplicação.

A avaliação da cobertura refere-se à disponibilidade e distribuição social dos recursos, sendo apenas um dos componentes da avaliação dos serviços de saúde. Tem sido definida na literatura sobre avaliação de programas sociais como a proporção da população-alvo que é beneficiada por uma determinada intervenção. Ademais, a distinção feita por Soberón (1988),

entre a cobertura potencial, que corresponde à capacidade e possibilidade da oferta, e a cobertura real, que busca estimar a proporção da população que de fato utilizou os serviços.

A cobertura pode ser auferida através de pesquisas em artigos científicos, dissertações, teses, monografias e consultas em bancos de dados, serão analisados as condições sociais, bem como as características legais que propiciaram o acesso à saúde até que chegasse ao modelo em que hoje encontramos-nos no estado do Rio Grande do Sul para observar se houve mudança no ritmo de implantação das Equipes de Atenção à Saúde Prisional.

2 – METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa em fontes bibliográficas acerca da população privada de liberdade no estado do Rio Grande do Sul, através de estudos de caso, que são adequados para acompanhar os processos de decisão, atores e comportamentos. Normalmente, é muito utilizado em pesquisas sobre políticas públicas (YIN, 2001). O projeto combinou trabalhos publicados e dados estatísticos para a composição da análise em tela.

O estudo exploratório permite que a definição do problema se dê de forma mais ampla e completa, proporcionando o conhecimento mais fidedigno da realidade. Ainda, permite escolher as técnicas mais adequadas para que seja possível definir quais pontos são mais tensos e necessitam de maior atenção (PIOVESAN, TEMPORINI, 1955).

Em um primeiro momento, foram selecionados dados oriundos de sistemas de informação alimentados pelo Poder Judiciário: Infopen e Geopresídios, que realizam estimativas sobre a população privada de liberdade e suas características. Estes mesmos sistemas informacionais estimam dados sobre condições estruturais das penitenciárias, número de vagas ocupadas e *déficit* de vagas.

Para compreender estes dados, foi realizada busca de trabalhos publicados sobre os dispositivos legais que asseguram o direito à saúde, quais são as propostas legais para este tema, quais as lacunas deixadas e como puderam ser minimizadas ou até superadas. Estes trabalhos foram buscados nos sites Scielo, Google Scholar, JusBrasil e em livros.

Após a seleção dos trabalhos publicados, foi delimitado o território de exploração, que passou a ser o estado do Rio Grande do Sul, devido a grande complexidade do tema, caso fosse tratado em esfera nacional.

Através de conversas informais com funcionários do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, foram obtidos dados estatísticos atuais e fidedignos, bem como trabalhos publicados pelos informantes que até o momento não havia sido localizado nos sites de buscas.

No decorrer do trabalho, foram realizadas tabelas demonstrando os dados comparados, tanto estatísticos, quanto bibliográficos, com a finalidade de trazer de forma clara e objetiva os dados levantados e as conclusões realizadas.

3 - O SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO E SUAS PECULIARIDADES

Segundo Medonecky (2014), o sistema penitenciário tem como finalidade o cumprimento da pena, buscando a ressocialização do indivíduo delituoso. Para que seja alcançada esta pena, é necessário que o cidadão tenha praticado algum delito, que esteja expressamente definido no Código Penal Brasileiro, onde estará explicitado quais as formas de punir. Esta forma de punir se dá pelo Estado, em suas Secretarias de Segurança Pública, exercendo prática de controle social. É, portanto, o exercício da jurisdição.

O surgimento do sistema penitenciário se deu nos idos do final do século XVIII, como parte do processo de relações capitalistas de produção e regulação da classe trabalhadora, sendo este um método de repressão social (ALMEIDA, 2001).

Mesmo que exista história pregressa acerca de sistema prisional e legislação punitiva, esta não será tratada neste trabalho. Aqui, teremos como ponto de partida a primeira tentativa de direitos aos privados de liberdade: a Lei de Execução Penal – LEP.

Esse novo modelo disciplinador surge com o processo de urbanização e consequente crescimento desordenado em grande escala de centros urbanos. O aumento acelerado da população urbana acabou contribuindo também para o aumento da criminalidade (FROTA, 2014).

O Estado passou a ser a principal forma de controle e iniciou ações buscando a recuperação do indivíduo delituoso. Ao longo dos anos, o sistema penitenciário brasileiro sofreu inúmeras alterações para se alcançasse o modelo vigente, impondo às autoridades que houvesse, de fato, a garantia dos direitos fundamentais que se encontram em nossa Constituição Federal, Código Penal e Lei de Execução Penal (SILVEIRA, 2015).

Ocorre que a partir do momento em que o indivíduo entra na penitenciária, de certo modo torna-se um “quase cidadão” – pessoa com deveres, mas quase sem direitos, pois a sociedade passa a enxergá-lo de forma diferente, reduzindo ao mínimo os seus direitos fundamentais que foram assegurados no corpo do artigo 5º da Carta Magna, que é uma cláusula imutável, pétrea. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (2017), apenas 1% da população privada de liberdade tem ensino superior. Estes encontram-se em celas diferenciadas, com maior conforto, acesso aos seus direitos.

A Lei de Execuções Penais, que em seu artigo 41, reserva a proteção do preso e, ainda, a nível mundial, existe a Declaração Universal de Direitos Humanos, que em seu artigo 5º afirma que ninguém será submetido a tortura em tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. A Declaração Americana de Direitos do Homem, que em seu artigo 18 afirma que toda pessoa pode recorrer aos tribunais para fazer respeitar os seus direitos. Deve poder contar, outrossim,

com processo simples e breve, mediante o qual a justiça a proteja contra atos de autoridade que violem, em seu prejuízo, quaisquer dos direitos fundamentais consagrados constitucionalmente, as quais instituem regras mínimas para o tratamento humanitário do preso.

Ocorre que na execução das penas, há constante violação dos direitos e nem sempre são observadas as garantias legais previstas. No momento em que o apenado é sentenciado com trânsito em julgado² a cumprir pena no regime que for condenado, passa a ser tutelado pelo Estado, e, neste momento, vê-se privado de inúmeros direitos que lhe são garantidos nos ditames legais, como, por exemplo, na Lei de Execução Penal, Código Penal e Constituição Federal.

Resta claro que o as penitenciárias brasileiras são muito ineficiente (DI SANTIS, 2012) para a ressocialização e reinserção dos apenados às suas atividades anteriores na sociedade. Ao sair da prisão, o ex-detento, não raro, fica rotulado, “etiquetado” com o tipo penal que lhe colocou no cárcere - traficante, assassino, estuprador, entre outros - , dificultando sua reinserção social, tornando-o duplamente vulnerável e duplamente excluído e humilhado. Segundo Miguel Reale, (2002, p. 83),

Pune-se para prevenir novos crimes, ou para castigo do delinquente?
Tem a pena por fim recuperar o criminoso, para devolvê-lo ao convívio social, ou o que deve prevalecer são os objetivos de prevenção social?

A tentativa de ressocializar nas penitenciárias brasileiras, muitas vezes é falha, considerando as más condições em que estes estabelecimentos encontram-se na atualidade.

Tratando das penitenciárias gaúchas, observa-se que dos 98 estabelecimentos prisionais disponíveis, nenhum encontra-se em condição excelente, 15 encontram-se em condições boas, 28 encontram-se em condições regulares, 12 encontram-se em condições ruins e 43 em situações péssimas (GEOPRESÍDIOS, 2018).

De acordo com o GEOPRESÍDIOS, observa-se que no Estado 56,1% das penitenciárias encontram-se em más ou péssimas condições. Através desses dados é possível concluir que a possibilidade de ressocializar um indivíduo que cumpre sua pena em um estabelecimento que não oferece as mínimas condições humanas para sua reabilitação é muito pequena, haja vista que para que isso ocorra, é necessário o investimento em saúde de qualidade, educação, boas condições para repouso, entre outros fatores que passam a não ser garantidos nas penitenciárias.

² Um processo encontra-se em trânsito julgado quando existe sentença condenatória e que não haja mais possibilidade de abrir recursos.

4- POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE E SUAS PECULIARIDADES

A população privada de liberdade corresponde aos detentos que se encontram confinados em presídios, sejam eles municipais, estaduais ou federais, colônias agrícolas, e, ainda, casa do albergado, no caso de regime aberto e semiaberto.

A aplicação do regime se dá de acordo com gravidade da pena e o tempo que a ela será aplicado. Dos crimes com pena de 0 a 4 anos, aplica-se o regime aberto; de 4 a 8 anos, aplica-se o regime semiaberto e superior a 8 anos e 1 dia, regime fechado.

Segundo Cezar Roberto Bittencourt (2017), crime é a ação ou omissão que contraria os valores ou interesses do corpo social, exigindo sua proibição com ameaça de pena.

Considera-se crime a infração penal que a lei comina pena de reclusão ou detenção, quer isoladamente, quer alternativa ou cumulativamente com a pena de multa; contravenção, a infração a que a lei comina, isoladamente, pena de prisão simples ou multa, ou ambas alternativas ou cumulativamente (BRASIL, 1941).

Segundo o MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (2018), os estabelecimentos penais são todos os locais utilizados pela justiça com o objetivo de encarcerar os indivíduos, sejam por medidas de segurança³, provisórios⁴ ou condenados⁵.

Quadro 01 – Regime penal privativo de liberdade, estabelecimentos prisionais e quantidade da pena

Regime	Fechado	Semiaberto	Aberto
Estabelecimento de cumprimento de pena	Estabelecimentos de segurança máxima ou média.	Colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar.	Casa de albergado ou estabelecimento adequado.
Quantidade da pena	Penas superiores a oito anos.	Penas superiores a quatro anos e inferiores a oito anos.	Penas de até quatro anos.
Observações	O condenado fica sujeito a trabalho no período diurno e recolhimento no repouso noturno. O	O condenado não pode ser reincidente para cumprir pena neste regime. O trabalho externo é admissível,	O condenado não pode ser reincidente para cumprir pena neste regime. Sem vigilância o condenado deverá

³ Medida de segurança se dá através de uma sentença absolutória, que não gera reincidência penal. É aplicada para pessoas portadoras de insanidade mental, que desconhecem o potencial ofensivo da conduta praticada.

⁴ Presos provisórios são aqueles que se encontram dentro das penitenciárias sem sequer terem recebido sentença condenatória que os coloquem lá. São pessoas que aguardam julgamentos privadas de liberdade.

⁵ São aquelas pessoas que já obtiveram sentença que a condene pelo crime cometido, sem caber mais recursos.

	trabalho será dentro do estabelecimento, de acordo com as aptidões individuais. Pode ocorrer em serviços e obras públicas fora dos estabelecimentos.	bem como frequência em cursos supletivos e profissionalizantes, sejam de segundo grau ou ensino superior.	trabalhar fora do estabelecimento, frequentar curso ou exercer outra atividade autorizada, permanecendo recolhido no repouso noturno ou em dias de folga.
--	--	---	---

Fonte: Código Penal Brasileiro, 1943.

Devido ao superpovoamento das penitenciárias no Brasil, em geral, as pessoas que passam a ser privadas de liberdade não se encontram especialmente no regime que a elas foram destinadas na sentença, e sim onde há vaga para poder abrigá-lo.

As penitenciárias de segurança máxima são direcionadas às pessoas com condenação em regime fechado, possuindo celas individuais. E as penitenciárias de segurança média ou máxima diferem da segurança máxima especial por possuir celas individuais ou coletivas.

As colônias agrícolas, industriais ou similares são direcionadas aos indivíduos que cumprem pena em regime semiaberto. As casas do albergado são destinadas às pessoas que cumprem pena privativa de liberdade em regime aberto, ou pena de limitação de direitos ou finais de semana.

Os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico são locais que recebem indivíduos submetidos a medida de segurança que sofrem de anomalias psíquicas. A medida de segurança tem caráter preventivo, visando deter o sujeito para tratamento ambulatorial e mantê-lo em local seguro, para que não cometa novamente os delitos. Ainda, a medida de segurança difere-se da sentença condenatória pelo fato de que é uma conduta típica (descrita em artigos do Código Penal Brasileiro), ilícita (contra a lei), e contém periculosidade (coloca a sociedade em risco pelo fato de que o autor do delito desconhece o potencial ofensivo do que faz), enquanto o delito se configura por uma conduta típica, ilícita e culpável, pois tem discernimento e capacidade mental de compreender o que está fazendo (BITENCOURT, 2017).

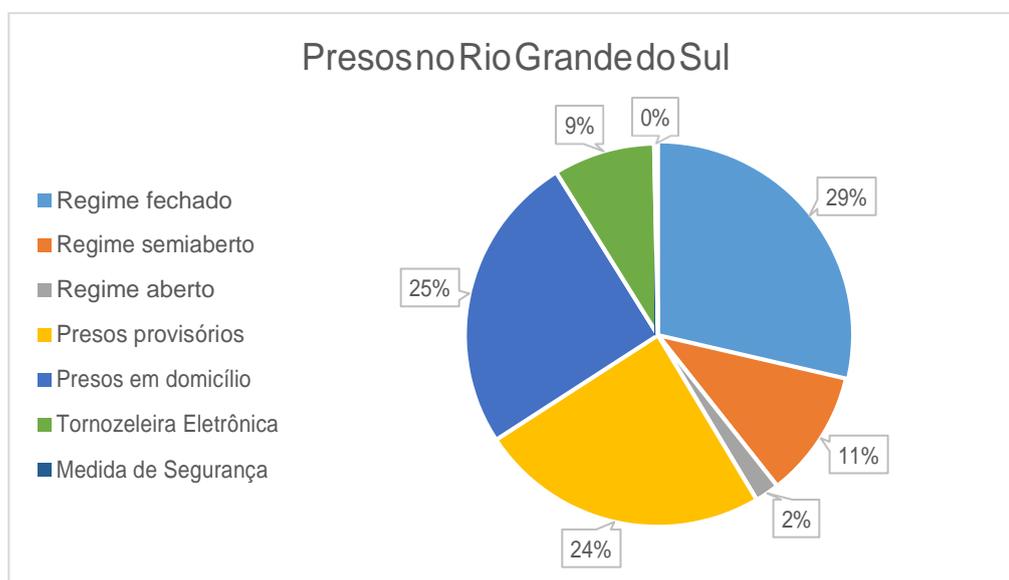
De acordo com o INFOPEN⁶, em janeiro de 2018, o país tem 659.274 pessoas privadas de liberdade, das quais 243.568 aguardam sentença condenatória pelo delito supostamente cometido. Com esses dados, é possível afirmar que 36,94% da população privada de liberdade ainda não foi condenada pelo delito que lhe faz cumprir pena privativa de liberdade, o que significa que muitas pessoas estão sendo punidas sem ser concretizada a culpabilidade pela conduta, sem comprovação se foi de fato o autor do crime ou não.

⁶ INFOPEN é um sistema do Ministério da Justiça que realiza levantamento de dados acerca de informações penitenciárias. Pode ser acessado em: <http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>

Apenas 1% da população carcerária tem ensino superior completo, 1% tem ensino superior incompleto, 7% tem ensino médio completo, 11% tem ensino médio incompleto, 12% tem ensino fundamental completo, 53% tem ensino fundamental incompleto, 9% sem cursos regulares e 6% são analfabetos. 56% da população é jovem, tendo entre 18 e 29 anos (GEPRESÍDIOS⁷, 2017).

O Brasil conta com 2.641 estabelecimentos penitenciários, com 404.358 vagas. Atualmente, o déficit de vagas se encontra em aproximadamente 254.916 (GEPRESÍDIOS, 2017). Evidencia-se através deste dado que as penitenciárias se encontram superpovoadas, em decorrência de um regime punitivista que mais segrega do que inclui (RIBEIRO; SILVA, 2012).

Gráfico 01 - Presos no RS, por regime



Fonte: Geopresídios/Conselho Nacional de Justiça, 2017.

O gráfico demonstra que no Rio Grande do Sul, 34% dos privados de liberdade (9% monitorados por tornozeleiras eletrônicas e 25% em prisão domiciliar) cumprem sua pena em liberdade; 24% dos privados de liberdade são presos provisórios, ou seja, estão detidos mesmo sem sentença condenatória; 40% (29% de regime fechado e 11% de regime semiaberto) cumprem pena de forma que os priva veridicamente de liberdade; 2% dos detentos cumprem pena por terem cometido ato ilícito por periculosidade, ou seja, enfermidade mental.

Considerando as más condições em que as penitenciárias brasileiras encontram-se, é perigoso confinar. Segundo Souza (2015), a insalubridade, a superlotação, as más condições de repouso e a grande privação de direitos da

⁷ GEPRESÍDIOS é um sistema informacional do Conselho Nacional de Justiça, que realiza levantamento de dados acerca das penitenciárias e sua população. Pode ser acessado em: http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php

população privada de liberdade são os nós a serem desatados no processo de melhorias da assistência à saúde prisional, pois estes fatos propiciam a proliferação de endemias.

A prevalência de HIV/AIDS dentro dos presídios é sessenta vezes maior do que na população em geral, sendo 1.216 pessoas a cada 100 mil, enquanto na população em geral são a 20 pessoas a cada 100 mil. Outro agravo de saúde grandemente significativo é que a prevalência de tuberculose entre os presos é 38 vezes maior do que na população, sendo 941 ocorrências a cada 100 mil pessoas presas, enquanto na população não-segregada a ocorrência é de 24 pessoas a cada 100 mil (BRASIL, 2017).

Segundo CNJ, as mulheres constituem um percentual cada vez mais significativo na população privada de liberdade. Dados do Departamento Penitenciário Nacional revelaram que a população masculina teve um crescimento de 106% entre os anos 2000 e 2010, enquanto que neste mesmo período, a feminina cresceu 261%. No ano de 2000, eram 10.112 mulheres presas (4,3% do total de apenados) e no ano de 2010, o número saltou para 36.573 (7,4%).

O crescimento desta população se dá pela vulnerabilidade das mulheres, que, em sua maioria, são negras, de 18 a 29 anos, com baixa escolaridade, solteiras, com filhos e em situação de pobreza (CNJ, 2017).

O maior delito cometido entre as mulheres é o tipificado na lei sobre drogas como tráfico, com 62% de incidência entre as apenadas. Em grande parte das vezes, as mulheres são inseridas neste meio por seus companheiros e não têm noção do potencial ofensivo que cometem, por muitas vezes já virem de comunidades onde é recorrente a prática deste delito, ou por confiarem em seus companheiros, pais, maridos e filhos e tentarem defende-los, sendo presas por amor (PIMENTEL, 2008). Estas mulheres muitas vezes são conhecidas como “mula” (quem carrega a substância psicoativa, entrega aos usuários a mando do traficante) ou “fogueteiras” (pessoa que estoura os foguetes para avisar que existem policiais se aproximando).

Um dos principais problemas para a efetivação de políticas públicas à saúde das pessoas privadas de liberdade a própria condição de confinamento é vivida pelos apenados, dificultando grandemente o acesso aos serviços de saúde da forma em que se faz necessária, como, por exemplo, as ações de educação e prevenção de saúde. (BRASIL, 2017).

Considerando que existe o princípio constitucional fincados no artigo 3º, inciso quarto, qual traz que são poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário, promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, e, considerando o artigo 5º, que em seu *caput* diz que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (BRASIL, 1988), demonstra-se a necessidade de implantação de rede de saúde que garanta acesso integral aos serviços do SUS, bem como buscar o enfrentamento dos problemas que com ela podem vir, garantido, de fato, os incisos da Constituição

Federal de 1988 que versam sobre o acesso de direitos de população que está suprimida do convívio.

5- MEDIDAS NORMATIVAS LEGISLATIVAS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

A Lei de Execução Penal – LEP, foi criada em meados de 1984, com o intuito de trazer garantias infraconstitucionais aos apenados, criando padrão das condições carcerárias, com o intuito de reinserir os apenados à sociedade. Tal dispositivo traz que “o Estado deverá recorrer à cooperação da comunidade nas atividades de execução da pena e da medida de segurança”. (BRASIL, 1984), para que haja cooperação entre família e pessoa privada de liberdade, buscando sua reinserção.

Esta Lei traz, pela primeira vez, a temática da saúde dentro do cárcere. Foi criada a estratificação dos presos, buscando que cumprissem a pena de forma individual, separando-os de acordo com sua vida pregressa e personalidade.

Para que isto ocorra de maneira correta, fica instituída Comissão Técnica que conta com participação de agentes, psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais para a correta efetivação dessa classificação (PLANALTO, 1984).

No segundo capítulo da Lei, que diz em que modalidades serão prestadas assistência aos detentos, fica previsto: assistência jurídica gratuita, assistência educacional, assistência social, e, neste contexto, é inserida a assistência à saúde, visto que só é possível que a assistência à saúde ocorra da forma prevista em lei e que é de direito da população segregada, se ocorrer, em pleno funcionamento, as outras formas.

Contudo, no dispositivo legal não fica evidenciada a forma em que a assistência será prestada, tampouco as formas de financiamento. Resta claro que, a partir do momento em que o detento passa a ser tutelado pelo Estado, passa a ser seu dever a efetiva garantia dos direitos dos apenados, que ficará a critério das Secretarias Estaduais de Segurança Pública a forma com que será prestada tal assistência. A previsão da LEP é que haverá prestação de serviços de atendimento médico, farmacêutico e odontológico, de forma curativa e preventiva.

No contexto em que se encontrava a república brasileira, a LEP foi considerada grande evolução legislatória, visto ser a primeira vez em que o apenado não estava sentenciado a adoecer e não se recuperar em decorrência das inúmeras violações de seus direitos. Na época em que passou a vigor tal Lei, não havia sido promulgada a Constituição Federal de 1988 e o Brasil se encontrava em período ditatorial.

Para Assis (2007):

.... no campo legislativo, nosso estatuto executivo-penal é tido como um dos mais avançados e democráticos existentes. Ele se baseia na ideia de que a execução da pena privativa de

liberdade deve ter por base o princípio da humanidade, e qualquer modalidade de punição desnecessária, cruel, ou degradante será de natureza desumana e contrária ao princípio da legalidade (ASSIS, 2007, p.2).

Entre a LEP e a próxima Constituição Federal, não houve avanços legais no que toca a saúde do detento. Ainda, houve pouca ou nenhuma consolidação da Lei de Execução Penal em relação a saúde, que de 1984 aos idos dos anos 1990, ficou estruturada através de hospitais penitenciários montados em cada estado, a critério de cada governo estadual, sem forma de atuação específica. (SILVEIRA, 2015)

A Constituição Federal de 1988 foi elaborada após regime ditatorial, onde os princípios humanitários dos brasileiros haviam sido dilacerados em decorrência da forma de poder que era exercida sobre a nação brasileira.

Em meados de 1987, os deputados e senadores eleitos na eleição do ano anterior, em 1986, durante o decurso de um ano e oito meses, passaram a redigir a Constituição Federal da República Brasileira a ser implementada no dia 05 de outubro de 1988.

Tal carta trazia consigo a elaboração do artigo 5º, o qual trata sobre os direitos e garantias fundamentais aos cidadãos brasileiros, ali citando a elaboração do Sistema Único de Saúde, conhecido popularmente como SUS, que garantia o acesso à saúde de qualidade, tendo como seus princípios a equidade, igualdade e integralidade.

O projeto do SUS vem sendo consolidado ao longo dos anos com apoio de programas estatais em conjunto com o desenvolvimento da legislação que regula os diversos preceitos constitucionais, bem como as intervenções judiciais na busca de conferir direitos constitucionalmente previstos. (GEBRAN, 2014).

O funcionamento e as garantias de saúde encontram-se no artigo 6º da Constituição Federal garantindo aos brasileiros o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado. Ainda, no artigo 196 e seguintes, do referido Código, impõe ao Poder Público que estabeleçam ações e serviços de saúde. E, no decurso dos anos, surgiu a Lei nº 8080/90, que organizou o SUS, estabelecendo direitos da população e os deveres do Estado.

A lei nº 8080/90 regulamenta as ações e serviços de saúde que devem ser prestados pelo SUS, bem como os objetos específicos deste. Impõe-se que é de responsabilidade do Sistema pautar o que são determinantes de saúde, bem como as ações que devem ser realizadas considerando tais determinantes. Ainda, apresenta os princípios e diretrizes do SUS que são universalidade, integralidade e igualdade. Estes mesmos princípios são fundamentais para a construção das políticas de saúde na esfera prisional.

6 – O QUE É ATENÇÃO BÁSICA?

Na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) a atenção básica é entendida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas (tecnologias relevantes às necessidades de saúde da população, avaliadas de maneira correta, socialmente aceitáveis e com elevada relação custo-benefício) e cientificamente comprovadas. A Atenção Básica tem sido utilizada como estratégia para atingir a equidade em saúde, bem como no desenvolvimento dos envolvidos, afirmando a responsabilidade dos governos sobre a saúde dos povos por meio de medidas sociais, que trazem o acesso à saúde como direito fundamental e uma das mais importantes metas mundiais (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2009).

Em 28 de junho de 2011, foi promulgada a lei 8080/90, sendo regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011, dispendo sobre a organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa. Através deste Decreto, o SUS é organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), nominando-as como “conjuntos de ações e serviços de saúde articulados em níveis de 12 complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011; MADUREIRA, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB,2012) afirma que as RAS se constituem em arranjos organizativos através de ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial.

Mendes (2009 apud MENDES, 2010, p. 2300) conceitua as RAS como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população (MENDES, 2010). É sabida a importância que a Atenção Primária em Saúde (APS) possui para que haja melhor coordenação e organização dos serviços de saúde e para integrar os aspectos desses serviços, visando sempre as necessidades da população e ela tem sido colocada como protagonista de modelo e base estruturante para sistemas de saúde, incluindo o SUS.

Nessa concepção, a atenção básica nada mais é do que o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados de saúde estão situados mais próximos, dentro da sua possibilidade, aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (OMS, 1978).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011) traz um quadro sobre as diferentes interpretações da Atenção Primária à Saúde:

Quadro 02 – Interpretação e conceito de APS

INTERPRETAÇÕES DE APS	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE APS
APS seletiva Um conjunto específico de atividades e serviços de saúde voltados à população pobre.	A APS constitui-se em um conjunto de atividades e serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento.
Um nível de Atenção em um sistema de serviços de saúde.	APS refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde quando se apresenta um problema de saúde, assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Esta é a concepção mais comum da APS na Europa e em outros países industrializados.
Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde.	Para que a APS possa ser entendida como uma estratégia para organizar o sistema de saúde, este sistema deve estar baseado em alguns princípios estratégicos simples: funcionalmente integrados (coordenação); baseados na participação da comunidade, custo-efetivos, e caracterizados por colaboração intersetorial.
Uma concepção de sistema de saúde, uma "filosofia" que permeia todo o sistema de saúde.	Um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Não diferente nos princípios de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais indusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde.

Fonte: CONASS, 2011

Bárbara Starfield (2002), define alguns atributos dos serviços de atenção primária, abordagem também difundida no Brasil, os quais destaque: serviço de primeiro contato/porta de entrada; longitudinalidade, abrangência ou integralidade, coordenação do cuidado, competência cultural.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2001, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), diz que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade

sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

O acesso à Atenção Primária se dá, preferencialmente, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), oferecendo diversos serviços, como, por exemplo, consultas de enfermagem, médicas e de saúde bucal, vacinação, distribuição de medicamentos, visitas domiciliares, atividades em grupos, entre outras prestações.

7. DO PLANO À POLÍTICA: O SUS, ENFIM, CHEGA AO SISTEMA PRISIONAL

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP - foi instituído em meados de 2003, pela Portaria Interministerial de nº 1.777/2003, sendo o primeiro marco em prol da saúde dos privados de liberdade, garantindo assistência de forma integral de saúde.

A mais notável alteração desde a LEP, a implantação desse Plano permitiu que a saúde no sistema prisional passou a ser norteadas pelas diretrizes do SUS. A partir de então, a população carcerária também passou a ter direito de acessar os serviços dispostos no sistema público de saúde, de acordo com os princípios da universalidade, igualdade, equidade, integralidade. O que difere na assistência da população em geral, é que o atendimento prestado para as pessoas privadas, quando se necessita utilizar serviços externos, detentos se dirigem aos serviços de saúde com escolta.

O Plano englobava todas as políticas e programas de saúde existentes, como, por exemplo, saúde da mulher, saúde mental e política de atenção básica. Surgiu com o propósito de criar ações para a população carcerária, visando diminuir os agravos de saúde (BRASIL, 2003).

O PNSSP busca prover atenção integral à saúde através de Equipes de Saúde no Sistema Penitenciário, a serem instaladas no sistema prisional brasileiro, sem parâmetros a serem seguidos. A perspectiva era que em dez anos, haveria a cobertura de 25 a 30% da população privada de liberdade que

já havia condenação, e os presos provisórios não estavam entre os beneficiários, haja não eram sentenciados (SILVA, 2015).

O financiamento das ações era *per capita*, e não por equipes. O Poder Legislativo resistia na forma de financiamento por equipes, pois acreditava que seria maior a cobertura de equipes dentro das penitenciárias do que para a população brasileira em geral (MARSIGLIA, 2005). De acordo com a Portaria nº 1.777/2003, cada estado deveria elaborar um plano de saúde nos moldes do SUS, com o intuito de atingir uma população específica (BRASIL, 2003).

O PNSSP não foi efetivo nas ações propostas desde sua formulação em 2003 até meados de 2013, quando foi revogado pela Portaria Interministerial 01/2014, pois conforme SILVEIRA (2015), não conseguir ofertar serviços de saúde de qualidade, conforme o previsto na Constituição Federal e na Lei de Execuções Penais. Essa situação começa a ser revertida, com formulação e a implementação de uma política, que articula competências, prerrogativas e responsabilidades entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça.

O desafio de propor uma ação sustentada no princípio da intersetorialidade e o enfrentamento da insalubridade, da superlotação e da privação de direitos a que são submetidos as pessoas privadas de liberdade, passam ser os nós do processo de formulação de uma nova legislação competente ao assunto, pois não foram superados no Plano. E esse desafio toma maior proporção, considerando a natureza do objeto e as distintas formas de ação dos dois ministérios, cujas lógicas necessitam ser exploradas e concertadas em um mesmo plano (SILVA, 2015).

Considerando que a calamidade nos presídios brasileiros como celas com capacidade além do limite de pessoas presas ou em prisão provisória; e a falta de humanidade para com esses indivíduos, levando-os ao adoecimento mais frequente e precoce (LERMEN, et. Al, 2015; BRASIL, 2014), é possível constatar a necessidade de novos procedimentos, tanto legislativos, como de promoção e educação em saúde para sanar os efeitos do aprisionamento.

Com a publicação da PNAISP, através de uma política pública que envolve o trabalho de promoção, prevenção e princípios do SUS, passa-se a ter como horizonte a garantia do atendimento de saúde, que na especificidade dessa Política propõe cobertura não apenas para as pessoas privadas de liberdade, mas também a sua família. Passa então a ser a porta de entrada para a atenção básica em saúde dentro dos presídios (BRASIL, 2014)

A PNAISP originou-se da avaliação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), após avaliações que revelam tanto o esgotamento do modelo assistencial, que não contemplavam ações que deveriam ser cumpridas, como a suboferta de atenção, haja vista que a cobertura pelas ESps chegou aproximadamente 30% da população privada de liberdade (BRASIL, 2018). Para a elaboração da política, foram levantados pontos positivos obtidos através do plano e também considerou as dificuldades de cumprimento das propostas, seja ela por falta de recurso técnico, seja ela pelo fato de que o Plano não era de cumprimento obrigatório (SILVA, 2015).

Enquanto o Plano se respaldava na LEP, Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/1990, a PNAISP toma nas mesmas leis e normativas e passou a se orientar também pelas Redes de Atenção em Saúde, ampliando os conceitos de serviços de saúde a serem ofertados no sistema prisional, bem como as formas de acesso (SILVA, 2015).

Segundo Martinho Silva (2015), a PNAISP foi elaborada mediante pressupostos que viabilizassem arranjos para suprir recursos humanos, escola própria para procedimentos de saúde, montagem e carga horária das equipes, considerando equidade para equiparar, no mínimo, os incentivos financeiros desta população às minorias (quilombolas, indígenas, ribeirinhos), com o intuito de haver articulação entre atenção básica e especializada na lógica da RAS.

Esta medida normativa-legislativa garante direitos sociais, ponderando as características socioeconômicas desta população. Esta garantia de direitos se dá em meio de privação de direitos civis, como, o de ir e vir, que acaba por dificultar o acesso à saúde, e esta população quando acessa a rede de saúde fora das penitenciárias, deve ser escoltada. Em meio a isso, a PNAISP se estrutura reafirmando que a pessoa privada de liberdade tem os mesmos direitos garantidos nos dispositivos legais que a população em geral, e traz novas garantias de acesso integral, considerando as redes de atenção à saúde do SUS (BRASAGLINI, 2015).

De acordo com a Portaria nº 01/2014, fica previsto que deve haver ampliação do recorte populacional a ser assistido pela rede, garantido integralidade a todos aqueles que estabelecem, de alguma forma, relações com o apenado, fazendo parte deste recorte os funcionários, família das pessoas privadas de liberdade, constituindo uma comunidade prisional (BRASIL, 2014).

A saúde no sistema prisional deixou de ser tratada apenas pelo Ministério da Justiça, criando então uma política intersetorial que passa a atuar na implantação da atenção integral à saúde à esta população. É uma ação conjunta dos Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, estados e do Distrito Federal, que passam a ser representados pelas suas devidas secretarias de saúde e justiça.

A Política se fez a partir da avaliação da intervenção que se encontrava no momento (PNSSP), prosseguindo com os pontos positivos, bem como os nós críticos e obstáculos que surgiam durante o Plano, para que fossem superados na Política, buscando aprimoramentos nas tomadas de decisão e na reformulação das medidas normativas que pudessem intervir no sistema prisional (SILVA, 2015).

As normas desta política encontram-se disciplinadas pela Portaria GM/MS nº 428, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014); onde ficam dispostas as diretrizes das atividades interministeriais, com o objetivo de garantir o efetivo acesso à saúde, pautando-se pelo direito universal à saúde, equidade, integralidade, acolhimento e humanização postos pelo SUS dentro de estabelecimentos que pertençam ao Poder Judiciário.

8. RESULTADOS

Organização da unidade básica de saúde prisional

Para que as Unidades Básicas de Saúde Prisional se originem, existem parâmetros instituídos pelas Portaria nº 01/2014 e pela Portaria nº 482/2014, garantindo à população privada de liberdade o acesso integral à saúde.

As atividades da Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp) ocorrem, em primeiro momento, através do acolhimento dos usuários, quando são realizados testes rápidos de HIV, sífilis, hepatites e tuberculose. O teste rápido de tuberculose se dá através da análise do escarro do usuário, que verificará se há as moléculas da bactéria causadora da enfermidade. Este procedimento se efetiva tanto nas penitenciárias femininas, quanto nas masculinas. Realiza-se também os procedimentos de vacinação com o intuito de minimizar a proliferação de doenças imunopreveníveis, considerando a superlotação e deficiências dos serviços de saúde nas penitenciárias do Brasil.

Considerado o expressivo aumento da população carcerária, a expansão da tuberculose nos presídios não pode ser tomada como um fator surpresa, pois devido às condições precárias em que esta população é submetida e a superpopulação que há dentro das penitenciárias, as doenças de transmissão aérea se dão facilmente. Ocorre que 3% dos apenados já vêm infectados pela tuberculose, o que evidencia que a contaminação pode ocorrer desde a prisão nas delegacias (SANCHEZ, 2006).

A superlotação dos presídios os têm tornado espaços de violação de inúmeros direitos fundamentais garantidos em nossa Constituição Pátria, entre eles o direito à saúde, conforme demonstra relatório da Organização das Nações Unidas – ONU.

O tema em destaque deste relatório é o altíssimo índice de tuberculose entre os detentos. Enquanto na população em geral a incidência de tuberculose está em 33 casos para 100 mil habitantes, indicador que demonstra alta incidência desta morbidade, entre os detentos este número é elevadíssimo, alcançando 932 casos por 100 mil habitantes, em decorrência da superlotação e pouca ventilação nas penitenciárias, propiciando a rápida proliferação e agravamento de doenças infectocontagiosas, principalmente as transmitidas por vias aéreas (BRASIL, 2017).

Ao perceber que existem inúmeras políticas para tratamento de tuberculose, bem como sua prevenção, pode parecer que o controle da mesma seja algo fácil, pois os sintomas são facilmente identificáveis e é uma doença de diagnóstico simples, bem como de tratamento pouco custoso. Ocorre que os obstáculos a serem enfrentados são muitos, levando em consideração que os presídios do nosso país, que nos dias de hoje não passam de locais de confinamento sem nenhuma reinserção social, sem nenhuma condição de prover dignidade humana, sem educação e tratamento, proliferando a cultura da

violência e da sobrevivência, dificultando o acesso dos profissionais de saúde a estes que já estão segregados.

Ainda, por mais que tenha sido implantada a PNAISP em meados de 2014, os recursos para a implantação dos serviços de saúde no sistema penitenciário são escassos, dificultando a solução deste impasse de saúde, que pode ser considerado uma situação de calamidade.

O Projeto Fundo Global TB (FIOCRUZ, 2017), que desenvolve iniciativas voltadas para o controle da tuberculose criou algumas ações que propiciaram bons resultados foram a criação de estratégias de circulação de informação, a realização de atividades com grupos de agentes penitenciários enfatizando a saúde como direito, a capacitação de professores e de agentes religiosos para atuarem como parceiros e a discussão e definição de fluxos internos para realização das ações de saúde. Segundo a UNODC (2014), prevenir e tratar da forma correta as pessoas privadas de liberdade infectadas com HIV e outras DST's é essencial para que se prossiga respondendo ao tratamento à doença.

Além dos desafios impostos pela insidiosa presença das doenças infectocontagiosas no sistema prisional, as ações de saúde devem prover atenção integral, prestando cuidado através da articulação entre ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como realizado ações clínicas, quer sejam programadas, quer sejam de acolhida à demanda espontânea. Essas tarefas são de incumbência primeira das EABps, que devem buscar se estabelecer considerando os atributos essenciais da atenção básica (STARFIELD, 2002). Dessa forma, devem também prover a articulação com demais serviços da rede de atenção, tarefa de suma importância considerando as especificidades do sistema prisional.

O quadro abaixo compara características da organização da considerando PNSSP e a PNAISP, que nos ajuda a compreender especificidades:

Quadro 03 – Comparação evolutiva entre o PNSSP e a PNAISP

Características	PNSSP	PNAISP
Parâmetros para definição do nº de equipes	Não previa	O número de equipes varia de acordo com o número de custodiados, sendo então previstas modalidades de equipes de acordo com a demanda da penitenciária. Serão divididas em três tipos: equipe tipo I (de 1 a 100 custodiados); equipe tipo II (de 101 a 500 custodiados) e equipe tipo III (mais de 500 custodiados).
Financiamento	70% financiado pelo Ministério da Saúde e 30% financiado pelo Ministério da Justiça.	70% financiado pelo Ministério da Saúde e 30% financiado pelo Ministério da Justiça. O repasse de verba referente ao financiamento das atividades das EABp's se dá através do cálculo de número de detentos, podendo variar de R\$ 3.957,50 até R\$42.949,96.

		Esses valores resultam da composição das equipes.
Perspectiva “em tratar” o tema da saúde	Atenção Básica	Rede de Atenção completa, trazendo a Atenção Básica como uma das portas de entrada e oferecendo serviços de média e alta complexidade fora das unidades prisionais.
Pactuação	Pactuada na Comissão Intergestora Bipartite	Pactuada na Comissão Intergestora Tripartite

Fonte: elaborada pela autora

A PNAISP implanta parâmetros para a organização das equipes, que até então não estavam presentes nas normativas (SILVA, 2015). Estes parâmetros descrevem como devem se organizar as equipes, definido sua composição. A partir do que passam a pertencer a distintas modalidades. E, ainda, cada equipe tem um tipo de financiamento, de acordo com as tabelas a seguir:

Quadro 04 – Tabelas de incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por modalidades de equipes

Descrição da Equipe	Unidades prisionais com até 100 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I	6	3.957,50
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental	6	6.790,00
Descrição da Equipe	Unidades prisionais com 101-500 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II	20	19.191,65
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental	20	28.633,31
Descrição da Equipe	Unidades prisionais com 501-1200 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III	30	42.949,96

Fonte: Portaria nº 482/2014, BRASIL

No Rio Grande do Sul, a Resolução nº 257/11, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite, complementa o financiamento da saúde no sistema prisional através de repasse financeiro para equipes que tenham mais de 100 pessoas privadas de liberdade nos estabelecimentos prisionais do estado, da seguinte maneira:

Quadro 05 – Formas de incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por contingente populacional nas penitenciárias do estado do Rio Grande do Sul

População Prisional	Valor (R\$) – Incentivo Estadual/Saúde Prisional/mês	Valor (R\$) – Incentivo Federal/Saúde Prisional/mês	Valor (R\$) – Total/equipe/mês
até 100 pessoas		R\$ 1.890,00	R\$ 1.890,00
100 até 300 pessoas	R\$ 8.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 12.000,00
301 até 500 pessoas	R\$ 9.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 13.000,00
501 até 700 pessoas	R\$ 10.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 14.000,00
701 a 1.000 pessoas	R\$ 11.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 15.000,00
1.001 a 2.000 pessoas	R\$ 12.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 16.000,00
2.001 a 3.000 pessoas	R\$ 13.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 17.000,00
acima de 3.000 pessoas	R\$ 14.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 18.000,00

Fonte: Resolução 257/2011, CIB/RS.

Segundo a SES/RS (2018), estes repasses são para habilitação de Equipes de Saúde Prisional, bem como para despesas com investimentos que deverão ser realizados, mas dependem da disponibilidade financeira da Secretaria Estadual de Saúde. Para isso, devem ser assinados os termos de compromissos dos municípios, que passam a assumir a gerência de saúde das Unidades de Saúde Prisional, em ação conjunta da Secretaria do Estado da Saúde e Secretaria de Segurança Pública.

Para receber tais incentivos, as unidades devem estar enquadradas no número de pessoas privadas de liberdade em cada estabelecimento prisional, de acordo com o parâmetro proposto pela Resolução. Estas equipes serão compostas pelo quadro efetivo de funcionários das SUSEPE, em conjunto com profissionais de saúde do município (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Os detentos, ao serem atendidos EABp realizará avaliação da necessidade de saúde trazida pelo usuário, para que então sejam realizadas as medidas cabíveis. Os usuários da EABp deverão ter prontuário, onde as ocorrências e atendimentos de saúde realizadas serão registradas.

AS MODALIDADES DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL

A Política normatiza as EABp, que passam a ser organizadas em três tipos (I, II e III), considerando sua composição, conforme apresentado abaixo:

- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I (EABp-I)** (classificação CNES 50) – formada por 5 profissionais, sendo as mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família (enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal), com carga horária de seis horas semanais.

- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I com Saúde Mental (EABp-I com Saúde Mental)** (classificação CNES 51) – formada por oito profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental e dois profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá carga horária de seis horas semanais.
- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II (EABp-II)** (classificação CNES 52) – formada por oito profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psicólogo, um assistente social e um profissional escolhido entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá carga horária de 20 horas semanais.
- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II com Saúde Mental (EABp-II com Saúde Mental)** (classificação CNES 53) – formada por 11 profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 20 horas semanais.
- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo III (EABp-III)** (classificação CNES 54) – formada por 11 profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 30 horas semanais.

Esses parâmetros podem ser apontados como um grande ganho para garantia e defesa dos Direitos Humanos no Brasil, em total consonância com a previsão constitucional de saúde para todos sob a responsabilidade do Estado brasileiro.

COBERTURA DO SERVIÇO DE SAÚDE PRISIONAL

O conceito de cobertura expressa o alcance que uma medida sanitária pode ter, demonstrando a possibilidade de obter a prestação de algum serviço

de saúde. Esta possibilidade pode ou não se realizar, seja pela abstenção de usar, seja pela incapacidade de atingir a prestação desejada (NORONHA, 2013).

Os Secretários Estaduais de Saúde e Justiça devem assinar o termo de adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Em seguida, deverão elaborar os planos de ações estaduais referentes a PNAISP e aguardar a publicação pelo Ministério da Saúde. Para prosseguir, é necessário que o estado cadastre as equipes de Atenção Básica Prisional no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014 e a Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014. Assim, o estado deverá requisitar a habilitação das EABp's no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS). Por fim, o Ministério da Saúde publica portaria instituindo a habilitação das equipes, podendo então dar início aos atendimentos de saúde no sistema prisional nos moldes da PNAISP (BRASIL, 2017).

A Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014, que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do Sistema Único de Saúde, em seu artigo 3º determina que os serviços de saúde no sistema prisional serão ofertados por equipes multiprofissionais, denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), que mais tarde vêm a se chamar EABp.

Para cada tipo de Equipe de Saúde do Sistema Penitenciário existem e os parâmetros, associando cada tipo de equipes a faixas de população nas unidades prisionais, conforme quadro abaixo:

Quadro 06 – Quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo e quantidade de privados de liberdade

População referenciada por um serviço	Quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo		
	I	II	III
1 - 100	1	0	0
101 - 500	0	1	0
501 - 1200	0	0	1
1201 - 1300	1	0	1
1301 - 1700	0	1	1
1701 - 2400	0	0	2
2401 - 2500	1	0	2
2501 - 2900	0	1	2
2901 - 3600	0	0	3
3601 - 3700	1	0	3

Fonte: (BRASIL, 2014)

De acordo com os dados contidos Geopresídios, alimentado pelo Conselho Nacional de Justiça – CNJ, o estado do Rio Grande do Sul conta com 98 estabelecimentos prisionais, disponibilizando 21.392 vagas, que se dividem em regime fechado, semiaberto, aberto, medida de segurança, presos provisórios, prisão domiciliar e monitoramento eletrônico através de tornozeleira.

Os 98 estabelecimentos do sistema prisional gaúcho estão distribuídos em 75 comarcas, conforme quadro abaixo:

Quadro 07 – Contingente carcerário e estabelecimentos penais de cada comarca

População Carcerária	Comarcas	Unidade(s) Prisional(s)
De 01 a 100	Agudo	Presídio Estadual de Agudo
	Alegrete	Presídio Estadual de Alegrete
	Arroio do Meio	Presídio Estadual de Arroio do Meio
	Cachoeira do Sul	Albergue do Presídio Estadual
		Presídio Estadual de Cachoeira do Sul
	Caçapava do Sul	Presídio Estadual de Caçapava do Sul)
	Cacequi	Presídio Estadual de Cacequi
	Cachoeira do Sul	Presídio Estadual de Cachoeira do Sul
Albergue do Presídio Estadual de Cachoeira do Sul		
	Candelária	Presídio Estadual de Candelária
	Canela	Presídio Estadual de Canela
	Canguçu	Presídio Estadual de Canguçu
	Canoas	Instituto Penal de Canoas
	Carazinho	Presídio Estadual de Carazinho
	Cerro Largo	Presídio Estadual de Cerro Largo
	Cruz Alta	Presídio Estadual de Cruz Alta
	Encruzilhada do Sul	Presídio Estadual de Encruzilhada do Sul
	Espumoso	Presídio Estadual de Espumoso
	Frederico Westphalen	Presídio Estadual de Frederico Westphalen
	Getúlio Vargas	Presídio Estadual de Getúlio Vargas
	Gravataí	Casa do Albergado Santos e Medeiros
	Guaporé	Presídio Estadual de Guaporé
	Ijuí	Instituto Penal de Ijuí
	Jaguari	Presídio Estadual de Jaguari
	Júlio de Castilhos	Presídio Estadual de Júlio de Castilhos
	Lagoa Vermelha	Presídio Estadual de Lagoa Vermelha
	Lavras do Sul	Presídio Estadual de Lavras do Sul
	Nova Prata	Presídio Estadual de Nova Prata
	Novo Hamburgo	Albergue do Presídio Estadual de Taquara
		Presídio Estadual de Taquara
		Presídio Estadual de Montenegro
	Palmeira das Missões	Presídio Estadual de Palmeira das Missões
	Porto Alegre	Casa Albergue Feminino anexo
		Instituto Miguel Dario
		Patronato Lima Dummond
	Quaraí	Presídio Estadual de Quaraí
	Rio Pardo	Presídio Estadual de Rio Pardo



	Rosário do Sul	Presídio Estadual de Rosário do Sul
	Santa Cruz do Sul	Casa do Albergado de Santa Cruz do Sul
	Santa Vitória do Palmar	Presídio Estadual de Santa Vitória do Palmar
	Santo Cristo	Presídio Estadual de Santo Cristo
	São Francisco de Assis	Presídio Estadual de São Francisco de Assis
	São Francisco de Paula	Presídio Estadual de São Francisco de Paula
	São Jerônimo	Presídio Estadual de São Jerônimo
	São Sepé	Presídio Estadual de São Sepé
	São Vicente do Sul	Presídio Estadual de São Vicente do Sul
	Soledade	Presídio Estadual de Soledade
	Torres	Presídio Estadual Feminino de Torres
	Vacaria	Presídio Estadual de Vacaria
De 101 a 5000	Bagé	Presídio Regional de Bagé
	Bento Gonçalves	Presídio Estadual de Bento Gonçalves
	Camaquã	Presídio Estadual de Camaquã
	Caxias do Sul	Instituto Penal de Caxias do Sul, ,
		Penitenciária Industrial de Caxias do Sul
		Penitenciária Regional de Caxias do Sul
	Charqueadas	Instituto Penal Escola Profissionalizante,
		Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas
		Penitenciária Estadual de Charqueadas
	Dom Pedrito	Presídio Estadual de Dom Pedrito
	Encantado	Presídio Estadual de Encantado
	Erechim	Presídio Estadual de Erechim
	Guaíba	Penitenciária Estadual Feminina de Guaíba
	Ijuí	Instituto Penal de Ijuí
	Itaqui	Presídio Estadual de Itaqui
	Jaguarão	Presídio Estadual de Jaguarão
	Lajeado	Presídio Estadual de Lajeado
	Novo Hamburgo	Colônia Penal Agrícola Gal. Daltro Filho
		Presídio Estadual de Novo Hamburgo
		Presídio Estadual de São Leopoldo
	Passo Fundo	Presídio Regional de Passo Fundo
	Porto Alegre	Casa do Albergado Padre Pio Buck
		Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso
		Penitenciária Feminina Madre Pelletier
	Santa Cruz do Sul	Presídio Regional de Santa Cruz do Sul
	Santa Maria	Albergue Estadual de Santa Maria,
		Presídio Regional de Santa Maria
	Santana do Livramento	Penitenciária Estadual de Santana do Livramento
	Santiago	Presídio Estadual de Santiago
	Santo Ângelo	Albergue Estadual de Santo Ângelo
		Presídio Regional de Santo Ângelo
	São Borja	Presídio Estadual de São Borja
	São Gabriel	Presídio Estadual de São Gabriel
	São Luiz Gonzaga	Presídio Estadual de São Luiz Gonzaga
	Sarandi	Presídio Estadual de Sarandi
	Três Passos	Presídio Estadual de Três Passos
	Uruguaiana	Albergue Estadual de Uruguaiana
		Penitenciária Modulada Estadual de Uruguaiana
	Charqueadas	Penitenciária Estadual Modulada de Charqueadas

A partir de 501	Novo Hamburgo	Penitenciária Estadual do Jacuí e, Penitenciária Modulada Estadual de Montenegro
	Osório	Penitenciária Modulada de Osório
	Porto Alegre	Presídio Central de Porto Alegre
	Santa Maria	Penitenciária Regional de Santa Maria
	Santa Rosa	Presídio Estadual de Santa Rosa
	Venâncio Aires	Penitenciária Estadual de Venâncio Aires

Fonte: elaborado pela autora, baseado em dados do Geopresídios, 2017

Através desta tabela é possível observar que existem 46 estabelecimentos prisionais de até 100 privados de liberdade; 45 estabelecimentos prisionais de 101 a 500 privados de liberdade e 8 estabelecimentos de mais de 500 privados de liberdade.

Considerando as informações dos Quadros 6 e 7, verificamos que a cobertura potencial de EABp no Rio Grande do Sul é de 46 equipes de tipo I; 45 equipes de tipo II e, 8 equipes de tipo III.

A Penitenciária Estadual do Jacuí e o Presídio Central de Porto Alegre, nos termos da Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014, podem incluir EABps do Tipo II e do Tipo III, conforme demonstrado abaixo:

- a) Penitenciária Estadual do Jacuí, com 1.422 privados de liberdade, pode requer a implantação de uma EABp tipo II e uma EABp tipo III;
- b) Presídio Central de Porto Alegre, com 1.905 privados de liberdade, pode requer a habilitação de duas EABp's tipo III.

Assim, a cobertura potencial de EABps nas penitenciárias rio-grandense é de 104 EABps de acordo com os parâmetros da portaria nº 482/2014.

Para a aferição da cobertura real Soberón (1988), é necessário verificar a quantidade de equipes habilitadas, que passa a ocorrer no momento que os municípios, através das SMS, aderem a PNAISP. A adesão do estado RS se deu através da Portaria nº 1.602, de 31 de julho de 2014. Na sequência vários municípios também aderiram, conformando um cenário de expansão da saúde no sistema prisional gaúcho.

Segundo a SES/RS (2018), até o presente momento existem 36 EABp's habilitadas e em funcionamento no Rio Grande do Sul, atingindo a cobertura de 70% da população em regime fechado, gerando o fortalecimento não só da Atenção Básica nos presídios, mas sim de toda rede de saúde.

Quadro 08 - Evolução do número de equipes e funcionamento de Atenção Básica no Sistema Prisional - RS – 2008 - 2016

Município	Estabelecimento Penitenciário	Total: nº EABP



Charqueadas	Penitenciária Estadual do Jacuí	1
Charqueadas	Penitenciária Estadual de Charqueadas	1
Charqueadas	Penitenciária Modulada Charqueadas	1
Santa Vitória do Palmar	Presídio Estadual de Santa Vitória do Palmar	1
Montenegro	Penitenciária Modula de Montenegro	1
Total / 2008		5
São Luiz Gonzaga	Presídio Estadual de São Luiz Gonzaga	1
Santa Rosa	Presídio Estadual de Santa Rosa	1
Osório	Penitenciária Modulada Estadual de Osório	1
Total / 2009 e 2010		8
Porto Alegre	Presídio Central de Porto Alegre (equipe 1 e 2)	2
Porto Alegre	Penitenciária Feminina Madre Pelletier	1
Charqueadas	Penitenciária Modulada de Charqueadas (equipe 2)	1
Charqueadas	Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas	1
Charqueadas	Penitenciária Estadual do Jacuí (equipe 2)	1
Três Passos	Penitenciária Estadual de Três Passos	1
Total / 2011		15
Guaíba	Penitenciária Feminina de Guaíba	1
Pelotas	Presídio Regional de Pelotas	1
Santa Cruz do Sul	Penitenciária Regional Santa Cruz do Sul	1
Santo Cristo	Presídio Estadual de Santo Cristo	1
Ijuí	Penitenciária Modulada de Ijuí	1
Total / 2012		20
Osório	Penitenciária Modulada de Osório (equipe 2)	1
Venâncio Aires	Penitenciária de Venâncio Aires	1

Rio Grande	Penitenciária Estadual de Rio Grande	2
------------	--------------------------------------	---

Total / 2013		24
Total / 2014		0
Guaporé	Penitenciária Estadual de Guaporé	1
Porto Alegre	Presídio Central de Porto Alegre (equipe 3)	1
Canoas	Penitenciária de Canoas I	1
São Gabriel	Presídio Estadual de São Gabriel	1
Cruz Alta	Presídio Estadual de Cruz Alta	1
Erechim	Presídio Estadual de Erechim	1
São Vicente do Sul	Presídio Estadual de São Vicente do Sul	1
Cacequi	Presídio Estadual de Cacequi	1
Iraí	Presídio Estadual de Iraí	1
Montenegro	Penitenciária Modulada de Montenegro (equipe 2)	1
Total / 2015		34
Caxias do Sul	Penitenciária Regional de Caxias do Sul	1
Lajeado	Presídio Estadual de Lajeado	1
Total de EABP habilitadas até 2016:		36

Fonte: SES/RS, 2018

Os municípios que têm unidades prisionais e não pactuaram com a PNAISP pelo fato de que o número de custodiados é muito baixo, não sendo necessária a implantação de novas equipes dentro do sistema prisional, utilizando os serviços de saúde ofertados à população em liberdade (SES/RS, 2018).

Segundo Ferraz (2015), o avanço do cuidado em saúde no sistema prisional se dá de forma lenta e gradativa pelo fato de que a PNAISP é uma política muito recente.

Analisando a tabela acima, constata-se que até 2014, portanto na vigência do Plano, haviam sido habilitadas 24 EABPs. A partir da Política, outras 12 Equipes de Atenção Básica em Saúde Prisional foram implantadas. Durante os aproximadamente 10 anos de vigência do Plano, o ritmo de implantação foi de 2,4 equipes/ano, enquanto que a partir da Política o volume de habilitações passou para 4 equipes/ano, praticamente dobrando a cobertura anual ofertada.

Muito provavelmente a ampliação do ritmo nas habilitações de equipes de saúde no sistema prisional se deve tanto ao processo de elaboração e pactuação, como aos parâmetros que definem equipes e respectivos financiamentos.

Considerando que a cobertura potencial seria de 107 equipes de acordo com os parâmetros estabelecidos pela Portaria nº 482/2014, apenas 34% das potenciais equipes foram habilitadas nas penitenciárias do Rio Grande do Sul, o que configura um *déficit* de EABp para a garantia do acesso à saúde à população privada de liberdade.

A cobertura que ocorre na prática do estado do Rio Grande do Sul é muito inferior ao estabelecido pelas normativas que versam sobre este assunto. Mesmo com a efetivação da política e no curto decurso do tempo em que está vigendo, observa-se que já houveram avanços.

Por outro lado, importante ressaltar, que no ano de 2017 não ocorreu nenhuma habilitação de EABp no estado do Rio Grande do Sul, o que gera preocupação, pois a permanência do cenário de determina esse fato, certamente impactará na redução do ritmo de implementação de novas equipes, estagnando a cobertura. O fato de não haver implantação de nenhuma equipe está ligado à conjuntura política brasileira atual, em que o SUS está diretamente afetado.

9. CONCLUSÃO

As condições de saúde da população privada de liberdade têm sido pouco discutidas na sociedade. O espaço prisional não pode ser considerado uma instituição de “reabilitação”, pois dentro deste espaço são reafirmadas as humilhações, violação de direitos humanos, supressão de direitos, inclusive beirando à situações de tortura, não sendo espaço de “segundas oportunidades” e sim de “segunda exclusão”.

Até meados de 1984, a pessoa privada de liberdade jamais tinha sido motivo de preocupação por parte das autoridades, que garantiam o acesso à saúde e à pena justa, muitas vezes sendo torturados pela situação em que se encontravam nas penitenciárias.

Na Constituição de 1988, os direitos fundamentais passam a ser cláusulas pétreas, sendo as principais o direito à saúde, ao devido processo legal, à ampla defesa, à igualdade perante a lei e passou a ser vedada qualquer espécie de discriminação. Contudo, os encarcerados eram tratados de forma diferente, tendo seus direitos fundamentais não garantidos, mais uma vez.

Em meados de 2003, foi instituído o PNSSP, tratando pela primeira vez na história do Brasil a saúde desta população e as demandas por ela trazida. Sendo ineficaz por não ter obrigatoriedade de cumprimento, restou-se defasado, sendo necessária a intervenção intersetorial do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, com o intuito de buscar garantir os direitos desta população. Através da observação das falhas e aspectos positivos, surge a PNAISP, trazendo o SUS

para dentro do sistema penitenciário e trazendo o conceito de redes de saúde e acesso integral.

A Política foi instituída muito recentemente, em 2014, mas já é possível apontar para o aumento do ritmo de implantação das Equipes de Saúde no sistema penitenciário gaúcho.

Observou-se também que mesmo que a Política trate do SUS como Redes de Atenção em Saúde, em grande parte das vezes a limita a prestação de serviços de Atenção Básica. As dificuldades em assistir as demandas e necessidades desta população, podemos apontar, reafirmam o processo de exclusão e humilhação social porque passam as pessoas privadas de liberdade, e acabam por ser expostos a situações de insalubridade, superlotação, passando por todo tipo de sofrimento.

A implantação da PNAISP vem aumentando o ritmo de habilitação de EABps, que ao longo de 15 anos, desde a primeira tratativa de saúde no sistema prisional brasileiro. No período de vigência do Plano, no RS, foram habilitadas apenas 36 EABp, o que corresponde a apenas a 34% das pessoas privadas de liberdade de cobertura cobertas por equipes de saúde.

O ritmo de implantação praticamente dobrou na transição entre Plano para a Política, passando de 2,4 habilitações/ano, para 4 equipes habilitadas/ano, podendo-se observar que os parâmetros estabelecidos, entre outros fatores, favoreceram a essa expansão. Contudo, a cobertura real é ainda muito inferior a cobertura potencial, deixando grande parcela da população privada de liberdade sem acesso integral à saúde.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2003resolu_07.pdf>. Acesso em: 10 nov.2017.

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 nov.2017.

Acesso em 02 dez 2017.

ALMEIDA, Rosemary de Oliveira. **Mulheres que matam. Universo imaginário do crime no feminino**. Rio de Janeiro: RelumeDumará: UFRJ, 2001. Disponível em: http://nuap.etc.br/content/uploads/2013/06/mulheres_que_matam.pdf
Acesso em: 25 nov. 2017.

ASSIS, Rafael Damaceno de. **A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro**. Revista CEJ, Brasília, DF, ano 11, n.39, p.74/78, out./dez. 2007. Disponível em:<<http://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewFile/949/1122>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

BARSAGLINI, Reni. **Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios**. Physis, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1429-1439, Oct. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401429&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10.01.2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300019>

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº07, de 14 de abril de 2003. **Diário Oficial**, Brasília, DF, n.78, 24 abr. 2003. Disponível em:

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em:

BRASIL. **Decreto nº 45.865, de 21 de junho de 2001**. Organiza a Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, da Secretaria da Administração Penitenciária, e dá providências correlatas. 2001. Disponível em: <<http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/93286/decreto-45865-01#art-5>>. Acesso em: 10 nov.2017.

BRASIL. **Lei nº 14.832, de 19 de julho de 2012**. Cria o Programa de Saúde da Mulher Detenta. 2012. Disponível em: <<http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/1032598/lei-14832-12>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 3.343, de 28 de dezembro de 2006**. Altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências. 2006. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1282663118343Portaria%20InterministeriaI%20No%203343.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

Cardoso, Marcelle de Oliveira; Silva, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (200 a 2007)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(7):1273-1284, jul, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000700006&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 02 jan. 2018.

CRUZ, Joseandra Sanderson da. **Assistência integral a saúde dos prisioneiros: uma reflexão**. [2007]. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1326803826_ASSIST%C3%8ANCIA%20INTEGRAL%20A%20SA%C3%9ADE%20DOS%20PRISIONEIROS%20UMA%20REFLEX%C3%83O.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2017.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 1, março, 2011, pp. 1029-1042. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036 Acesso em: 20 dez. 2017.

DAMAS, Fernando Baldavi. **Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil.** Rev. Saúde Pública, Florianópolis, v.5, n.3, p.6-22, dez. 2012. Disponível em: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina38377.pdf>

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 set. 1978.** [Anais eletrônicos...]. Disponível em: <cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/.../Declaração- Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2018.

FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Fundo Global de Luta contra Tuberculose lança campanha no Rio de Janeiro.** Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/9403>. Acesso em: 12.jan.2018.

FREITAS, Cláudia Regina Miranda. **Cárcere feminino: do surgimento às recentes modificações introduzidas pela lei de execução penal.** Revista da Faculdade de Direito Padre Arnaldo Janssen, v. 4, p. 1-21, 2012.24

INFOPEN. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias. **Dados consolidados dos estados (2003-2018).** Disponível em: www.infopen.gov.br. Acesso em 15 dez. 2017.

KILDUFF, Fernanda. **O controle da pobreza operado através do sistema penal.** Revista Katálysis, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2010, pp. 240-249

KOLLING, Gabrielle Jacobi. **O necessário olhar fraterno para o que está desumanizado: a saúde no sistema prisional.** Rev. de criminologia e ciência penitenciária, São Paulo, ano 4, n.1, jun./jul./ago. 2014.

LOPES JR, Francisco Xavier. **O acesso à Saúde no Sistema Prisional Brasileiro Pós- 1988:** a experiência da Penitenciária “José de Deus Barros” em Picos, Piauí, Brasil. 2011. 117p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9343> Acesso em: 03 jan. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400030 Acesso em: 11 jan. 2018.

NORONHA, José Carvalho de. **Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios.** Cad. Saúde Pública,

Rio de Janeiro, 29(5):847-849, mai, 2013. Acessado em 10.01.2018. Disponível em

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/9693/1/NORONHA_COBERTURA_UNIVERSAL_SAUDE_2013.pdf. Acesso em 11 jan. 2018.

OLIVEIRA, Heloisa dos Santos Martins de. **O caráter ressocializador da atividade laborativa.** [2006]. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1176/1125> >. Acesso em: 28 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** dez. 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 201.

PIOVESAN, A., TEMPORINI, E. R. “Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública”. **Rev. Saúde Pública** vol.29, nº4. São Paulo, agosto, 1995.

RIBEIRO, Maria Amélia de Jesus; SILVA, Izabel Cristina. **A saúde no sistema prisional.** [2013]. Disponível em: <www.cpgls.ucg.br/.../A%20saúde%20no%20sistema%20prisional.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2017.

RIO GRANDE DO SUL, **Resolução nº 257/2011, que institui formas de incentivo às penitenciárias com mais de 100 detentos.** Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1316114691807cibr281_11.pdf Acesso em: 11 jan. 2018.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual do – **Atenção Básica: saúde da população privada de liberdade.** disponível em: <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-prisional>. Acesso em: 08 jan.2018

SILVA, Martinho Braga Batista e. **As pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v.20, n.1, abr. 2010. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2017.

SILVEIRA, Natália Osório da. **A trajetória da saúde prisional no Brasil. Porto Alegre, 2015.** Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/131203/000980023.pdf?sequence=1>. Acesso em 20 nov. 2017.

SOBERÓN G. La extensión de cobertura de los servicios de salud. Gac Méd Méx 1988; 124:163-75.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília; UNESCO; Ministério da Saúde. 2002. 726 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf Acesso em: 12.01.2018

Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802010000200011>. Acesso em: 26 dez. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.