

POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: O PRECONIZADO E O EXISTENTE NO RS (2014)

ANDRESSA KRAMMER SICORRA
RONALDO BORDIN

INTRODUÇÃO

Este estudo assume o pressuposto de que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) se consolida a partir do engajamento da Segurança Pública com a área da saúde, uma vez que a política de saúde é desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e as instituições penitenciárias são órgãos articulados com a política de segurança pública.

É importante entender as propostas do SUS e os objetivos da Política de Atenção Básica, cuja proposta é desenvolvida no âmbito da saúde prisional. Além disso, como as instituições penitenciárias são geridas pela Política de Segurança Pública, torna-se importante abranger os objetivos das prisões no atendimento da pessoa privada de liberdade, possibilitando, assim, a compreensão das questões abrangentes à gestão da saúde prisional.

Conforme Machado (2013), o SUS está amparado nos princípios da universalidade, equidade, descentralização e participação popular, tendo como porta de entrada do sistema a Atenção Básica (BRASIL, 2012, p. 9):

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente 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 é considerada a principal porta de entrada dos usuários do SUS, pois é descentralizada, está próxima da vida das pessoas e se comunica com toda a rede de atenção à saúde, seu desenvolvimento é preconizado por intermédio de práticas de cuidado, dirigidas a populações de territórios definidos, observando critérios de vulnerabilidade, risco, resiliência e o imperativo ético do acolhimento à demanda. Com relação à gestão a Atenção Básica deve ser pautada em práticas democráticas e participativas (BRASIL, 2012).

A instalação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas proximidades onde as pessoas vivem, moram, trabalham e estudam exerce uma fundamental garantia de acesso à atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, entrou em vigor no dia 2 de janeiro de 2014 com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS. Com a PNAISP, o Serviço de Saúde no Sistema Prisional passa a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando a atenção básica no âmbito prisional como a principal porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela RAS. (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, o serviço de saúde no sistema prisional passa ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualifican-

do a Atenção Básica no âmbito prisional. Para Amaral (2014), a Atenção Básica, conforme pacto estabelecido, é desenvolvida pelas equipes de Atenção Básica das UBS's do território ou pelas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP). Além disso,

“os serviços de saúde nas unidades prisionais também devem ser estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, bem como cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)” (AMARAL, 2014, p. 71).

POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

O direito à saúde da pessoa privada de liberdade está garantido em legislações, como a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS, e a Lei de Execução Penal nº 7.210/1984. Todas elas definem legalmente o acesso das pessoas privadas de liberdade a ações e serviços de saúde, o que é consolidado pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do SUS. As legislações garantem o acesso da pessoa privada de liberdade à saúde, uma vez que este indivíduo não pode ser privado dos seus direitos civis.

Para garantir o atendimento à saúde da população carcerária o governo brasileiro está buscando reformular as políticas de atendimento da pessoa privada de liberdade. Ademais, os estados estão sendo qualificados para desenvolver ações de saúde nos estabelecimentos prisionais, de acordo com o PNSSP, instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1.777/2003. Para Ribeiro e Silva (2014, p. 16):

o governo brasileiro tem buscado reformular as políticas para melhorar a atenção à população privada de liberdade. Os programas que antes eram destinados somente à população geral tem invadido aos poucos o sistema prisional. E quando chega ao nosso conhecimento sobre as implantações que têm ocorrido nos Estados, sabemos que existem agentes interessados em melhorar o sistema. É sabido que a legislação não muda a realidade, tanto que ainda

tem regiões que não veem importância no desenvolvimento deste trabalho.

Ribeiro e Silva (2014) destacam que as legislações não mudam a realidade. Nesse sentido, somente as legislações não garantem o acesso da pessoa privada de liberdade aos serviços de saúde. Elas subsidiam os gestores na implantação das políticas públicas, mas é necessário um conjunto de ações para garantir o que está previsto na legislação.

O SUS desenvolve um conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, garantindo o acesso de todos os brasileiros à saúde. Para efetivar o direito à saúde no sistema prisional a gestão em saúde precisa conhecer as legislações e desenvolver ações que atendam às necessidades da pessoa privada de liberdade.

Vários são os fatores que contribuem para o agravamento das condições de saúde da população privada de liberdade que, em geral, quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, oriunda de comunidades desfavorecidas, apresentam estado de saúde debilitado, vícios, transtornos mentais que são gradualmente agravados pela precariedade do confinamento das unidades prisionais (MACHADO, 2013, p. 99).

A inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS, além de ser responsabilidade do Estado, constitui-se em missão e desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos.

As questões de saúde que merecem atenção em tema prisional são decorrentes de duas situações já conhecidas. Então vejamos, primeiramente, aquela que decorre de enfermidades preexistentes. São casos em que o preso já possuía uma doença ou debilidade ou necessidade especial (por exemplo, um cadeirante) anteriormente ao seu ingresso na prisão. Nesses casos, cabe à administração penitenciária tratar o preso, não permitir que sua situação se agrave e, mais que isso, esgotar as possibilidades para que o quadro seja melhorado ou sanado. Assim, ao Estado cabe não apenas evitar os agravos, mas também tratar a pessoa presa (AMARAL, 2014, p. 69).

Assim, diante da complexidade da saúde no Sistema Prisional, os gestores precisam desenvolver ações que atendam o direito à saúde da pessoa privada de liberdade, buscando estratégias que garantam tal direito. Afinal, alguns direitos foram retirados destes indivíduos, mas não a totalidade dos mesmos (Arruda, 2013), incluindo os relacionados à saúde.

Para Silva (2011), as ações e os serviços de saúde definidos pelo PNSSP estão em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS. Os instrumentos de gestão do sistema que orientam o planejamento e a tomada de decisões de gestores de saúde estão presentes no plano, assim como o cadastro de unidades dos estabelecimentos prisionais está no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Este Plano Nacional possui algumas finalidades bastante específicas que são: prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária; contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária; definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS, de forma a proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais, contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde. Sendo assim, irá provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania, estimulando o efetivo exercício do controle social (SILVA, 2011).

A gestão de saúde no sistema prisional é desenvolvida dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do SUS. Um dos princípios é a descentralização, que o estrutura ao organizar os três entes governamentais federados – a União, os Estados e os Municípios – para cooperar entre si e operacionalizar o preceito Constitucional do art. 196 da CF-88.

Apesar desse avanço no sentido da descentralização da gestão, com direção única em cada esfera de governo, a atenção integral, privilegiando as ações preventivas e contemplando as curativas,

ainda não é uma realidade no que tange à saúde no sistema penitenciário no âmbito do SUS. A participação da comunidade, na formulação e na fiscalização das políticas públicas de saúde, também encontra muitos desafios para ser efetivada (BRASIL, 2010, p. 14).

O financiamento das ações desenvolvidas pela saúde prisional é partilhado entre os Ministérios da Saúde e da Justiça.

Para executar as ações serão utilizados os recursos do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. A Portaria Interministerial MS/MJ nº 3.343, de 28/12/2006, que publicou o reajuste do valor do referido incentivo, define que para as unidades prisionais com até 100 pessoas presas, o valor do recurso repassado será de R\$ 32.400,00/ano, por estabelecimento de saúde com equipe cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para unidades prisionais com mais de 100 pessoas presas, a Portaria define que o valor do recurso será de R\$ 64.800,00/ano, por equipe de saúde cadastrada, sendo uma equipe para o atendimento de até 500 pessoas presas. Do total desses recursos, 70% são financiados pelo Ministério da Saúde e 30% pelo Ministério da Justiça. O repasse do incentivo está condicionado à qualificação do Estado ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2010, p. 2).

Para a efetividade da gestão em saúde prisional é necessário considerar as questões pertinentes às políticas de saúde e segurança pública. Segundo Ribeiro e Silva (2014), para garantir o retorno ao mercado de trabalho, bem como a reinserção social e a melhoria da assistência à saúde, é necessário alterar a estrutura do sistema prisional, adequando a arquitetura dos estabelecimentos à capacitação dos profissionais que trabalham no local.

Outro avanço recente nas legislações foi a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que entrou em vigor no dia 2 de janeiro de 2014, por intermédio da Portaria Interministerial nº 1, com a proposta de garantir o acesso da pessoa privada de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral do SUS.

Em 2013, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) desenvolveu a Nota Técnica nº 33, que analisou a proposta do Ministério da Saúde (MS), considerando o debate sobre a PNAISP realizado na oficina nos dias 16 e 17 de julho de 2013, com a participação dos técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde de 16 estados.

Na oportunidade foram analisadas as minutas de duas portarias elaboradas pelo Ministério da Saúde contendo a proposta da política nacional e as normas para sua operacionalização. O texto da política apresentado pelo Ministério foi elaborado juntamente com os técnicos do Ministério da Justiça e será publicado por meio de uma portaria interministerial. Os técnicos da Coordenação Nacional de Saúde no Sistema Prisional do Ministério da Saúde estiveram presentes e participaram dos debates (CONASS, 2013, p. 2).

Pode-se perceber que para a implantação da PNAISP foram realizados debates entre os estados e houve a participação de técnicos da Coordenação Nacional de Saúde no Sistema Prisional, do MS e do Ministério da Justiça. A PNAISP possibilitou um (re)pensar da gestão de saúde prisional, atribuindo competências à União, por intermédio do MS e do Ministério da Justiça; ao estado e ao Distrito Federal, por intermédio da SES e da Secretaria Estadual de Justiça, da Administração Penitenciária ou congêneres; e ao Distrito Federal e aos Municípios, por meio da respectiva Secretaria de Saúde, quando aderir à tal política.

A adesão municipal à PNAISP é facultativa. Todavia, depende que o estado – cuja adesão também é facultativa – tenha aderido à PNAISP. No território do município deve haver população privada de liberdade. Do contrário, obviamente, não pode haver adesão do município. Então, pode ser assinado o Termo de Adesão Municipal e, uma vez assinado, é dever de o município elaborar o Plano de Ação Municipal para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade (AMARAL, 2014, p. 71).

Ribeiro e Silva (2014), em um estudo sobre a trajetória da saúde no sistema prisional, afirmam que o número de equipes cadastradas em estabelecimentos prisionais em 2010 era três vezes maior que em 2004,

antevendo o desenvolvimento de um maior número de ações nas instituições, contribuindo, assim, no controle e ou redução dos agravos mais frequentes. Vale lembrar que Portaria Interministerial nº 1.777/2003 define que as equipes de saúde sejam formadas por médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e assistente social.

Galvão e Dalvim (2013) realizaram uma pesquisa com mulheres grávidas no sistema prisional do Complexo Penal Feminino Dr. João Chaves, em Natal (RN), e concluíram que não existe acompanhamento sistematizado no período do pré-natal, parto e puerpério. A maioria das mulheres relatou ainda a indisponibilidade de viaturas, a falta de escoltas policiais e a dificuldade na marcação de consultas na rede do SUS.

A falta de assistência à saúde é um dos aspectos mais graves que afetam o sistema prisional brasileiro. O ambiente do estabelecimento penal contribui para o aparecimento de doenças já latentes, ou sua manifestação. Os apenados não têm possibilidade de, por seus próprios meios, procurar atendimento ou medicação diferente do oferecido pelo sistema (GALVÃO; DALVIM, 2013, p. 2).

Conforme Vieira Neto (2014), com a criação do PNSSP, no ano de 2003, o acesso da população privada de liberdade à saúde foi sendo ampliado nos estabelecimentos, sendo considerado um marco no tratamento penal ofertado à população carcerária. Esta conquista, no entanto, não foi suficiente para o atendimento de toda a demanda carcerária, mesmo com a habilitação de todos os estados e o Distrito Federal até 2013, quando havia algumas limitações no número de equipes habilitadas e no repasse dos recursos aos estados.

A população carcerária brasileira é predominantemente jovem, sendo que a maioria se encontra na faixa etária de até 29 anos de idade, e com baixa escolaridade. O fato principal é que a população carcerária no país vem crescendo nos últimos anos de forma assustadora e, com isso, vêm crescendo também as demandas de assistência ao preso, especialmente demandas de assistência social, educação, trabalho, renda e saúde (VIEIRA NETO, 2014, p. 74).

Em 2014, porém, após quase dois anos de negociações e articulações entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), foi finalmente instituída a PNAISP.

A nova política veio para modificar todo o fluxo de atendimento da população carcerária, com novas formas de adesão, que agora atingem tanto os estados como os Municípios, e com novas operacionalizações das equipes de atendimento prisional. Foi ampliado tanto o número de equipes por unidade, bem como o repasse a cada uma delas, o que dimensiona os incentivos de forma a ampliar a rede e o fluxo assistencial (VIEIRA NETO, 2014, p. 76).

SISTEMA PRISIONAL DO RS E A POLÍTICA DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS PENAIS

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2014), a população carcerária brasileira em 2014 era de 711.463 presos, considerando as 147.937 pessoas em prisão domiciliar. Assim, o Brasil passou a ter a terceira maior população carcerária do mundo. O estado do RS possui 30.513 presos, entre a população carcerária e a prisão domiciliar.

Conforme Thompson (2002, p. 97):

De acordo com a legislação em vigor, as pessoas recolhidas ao cárcere podem ser divididas, numa perspectiva prisional, em duas grandes classes: i – Processados – indivíduos que devem aguardar em confinamento a apuração e a decisão a respeito dos delitos de que são acusados; e ii – Condenados – aqueles que, julgados por uma sentença definitiva, têm de cumprir a pena corporal ali imposta.

Para Silva (2011) ocorreram transformações ao longo do tempo entre quem comete um delito e a pena correspondente, ou seja, antes o acusado era desprovido de direitos fundamentais e taxado como culpado; hoje o acusado é considerado sujeito de direitos e inocente até que se comprove a sua culpabilidade, para que assim possa ser preservada a sua dignidade.

Da mesma forma que os presos devem respeitar as regras e normas do presídio, a instituição carcerária tem o dever de garantir todos os direitos fundamentais dos reclusos que não forem alcançados pela sentença ou pela lei, a dignidade da pessoa humana deve ser o princípio norteador que o Poder Público deve respeitar, independentemente de merecimento pessoal ou social, é um direito inerente da pessoa, da vida, não é necessário merecimento para que a pessoa seja merecedora do mesmo (SILVA, 2011).

A Lei nº 7.210/1984, que instituiu a LEP, em seu art. 3º, pressupõe que “ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei”. Portanto “o sentenciado tem todos os direitos compatíveis com o cumprimento da pena, como por exemplo, o direito à vida, à integridade física, à honra, sigilo de correspondência, à alimentação, saúde, educação, entre outros” (COELHO, 2011, p. 39).

Nesse rumo, Coelho (2011, p. 45) complementa que, “a LEP não só visa proteger o direito dos detentos, como também a integridade do ser humano com principal fim de reinseri-lo na sociedade e para combater a criminalidade de forma humana”.

No que se refere à assistência, o art. 10 da LEP destaca que “a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno e a convivência em sociedade”. Além disso, o art. 11 compreende a assistência como: material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa.

A LEP e a CF-88 elencaram direitos para a população carcerária. Para Coelho (2011, p. 54), entretanto, “aplicar a lei é necessário para a efetividade da justiça, contudo violá-la em desfavor de certos grupos, os quais a sociedade julga desprezíveis e indignos, é destruir o verdadeiro significado da constituição e da própria lei”.

Alguns presos nunca tiveram acesso aos serviços básicos de saúde, nem aos tratamentos preventivos ofertados à população, o que piora muito a condição geral após o confinamento. Além disso, existem ainda as questões de condições sanitárias muitas vezes

precárias que são encontradas dentro dos estabelecimentos prisionais, com celas superlotadas e sem ventilação, sem água tratada e sem condições de higiene (VIEIRA NETO, 2014, p. 75).

A Susepe é um órgão do Governo do RS, vinculado à Secretaria da Segurança Pública (SSP), cuja missão é “promover a cidadania e a inclusão social das pessoas privadas de liberdade” (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014, p. 1). Além disso, “a política penitenciária do Estado deve ter como objetivo a reeducação, a reintegração social e a ressocialização do preso, definindo como prioridades a regionalização e a municipalização” (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014, p. 1).

A Susepe surgiu da desvinculação administrativa das prisões da Polícia Civil, após o movimento nacional de criminalistas, penitenciaristas e defensores da humanização da execução das penas privativas de liberdade que almejavam a ressocialização dos presos, fato esse pioneiro no Brasil. Com isso, o trabalho prisional passa a ser o foco neste novo conceito, deixando de ser visto como forma de punição, e se estabelecendo como um direito de todo o recluso (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014, p. 1).

O Decreto nº 48.278/2011, dispõe sobre a estrutura básica da Susepe, e o seu art. 2º descreve a sua composição:

I. Gabinete do Superintendente; II. Superintendência Adjunta; III. Corregedoria-Geral do Sistema Penitenciário; IV. Escola do Serviço Penitenciário; V. Departamento de Segurança e Execução Penal; VI. Departamento de Tratamento Penal; VII. Departamento de Planejamento; VIII. Departamento de Engenharia Prisional; e IX. Departamento Administrativo (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2011, p. 1).

Compete ao Departamento de Tratamento Penal, conforme o art. 7º do Decreto 48.278/2011, supramencionado:

[...] planejar, coordenar, orientar e supervisionar políticas e ações de saúde física e mental, assistência psicossocial e jurídica, educação, capacitação profissional, cultura, esporte e lazer das pessoas privadas de liberdade, bem como outros julgados convenientes e necessários (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2011, p. 2).

A Política de Atenção Integral à Saúde Prisional, na Susepe, é gerenciada pelo Departamento de Tratamento Penal, e é desenvolvida por profissionais das Secretarias Municipais de Saúde em conjunto com equipes técnicas da SSP, com recursos do SUS.

O estado do RS estabeleceu, a partir da Resolução CIB 54/2010, um incentivo para a contratação de equipes constituídas por médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de gabinete dentário. Tal Resolução prevê incentivo financeiro aos municípios que aderirem ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional – Portaria 1.777/2003 (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2011).

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) abriga o Sistema Geopresídios, que oferece uma radiografia do sistema carcerário, regulamentado nos termos da Resolução nº 47, de 18 de dezembro de 2007. O art. 2º do CNJ destaca:

Art. 2º. Das inspeções mensais deverá o juiz elaborar relatório sobre as condições do estabelecimento, a ser enviado à Corregedoria de Justiça do respectivo Tribunal até o dia 05 do mês seguinte, sem prejuízo das imediatas providências para seu adequado funcionamento.

§ 1º As informações serão enviadas conforme planilha de dados a ser definida pelo Departamento de Pesquisas Judiciárias (DPJ), devendo constar em campo próprio:

I - localização, destinação, natureza e estrutura do estabelecimento penal;

II - dados relativos ao cumprimento do disposto no Título IV da Lei n. 7210/84;

III - dados relevantes da população carcerária e da observância dos direitos dos presos assegurados na Constituição Federal e na Lei n. 7210/84;

IV- medidas adotadas para o funcionamento adequado do estabelecimento.

§ 2º. A atualização será mensal, indicando-se somente as alterações, inclusões e exclusões processadas após a última remessa de dados (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2007, p. 1).

O cadastro de inspeção do CNJ, que consta no sistema Geopresídios, é dividido em sete passos, quais sejam: 1) dados gerais de cadastro; 2) administração do estabelecimento; 3) dados gerais de inspeção; 4)

quantitativos; 5) estrutura complementar; 6) direitos; e 7) avaliação do juiz responsável e registros de ocorrências no estabelecimento. Os dados gerais de inspeção (passo 3) estão relacionados à saúde e descrevem se os estabelecimentos penais possuem local adequado para tratamento de saúde. O passo 5, relacionado à estrutura complementar, informa se a instituição possui enfermaria e gabinete odontológico; e o passo 6, se há prestação de assistência em saúde.

MÉTODOS

O estudo consiste em pesquisa quantitativa com coleta de dados no Sistema Geopresídios do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Apresentou como objetivos: (a) identificar se os estabelecimentos de saúde e as ações desenvolvidas nas instituições prisionais estão em conformidade com a Política de Saúde no Sistema Prisional do RS, em 2014; (b) descrever as instituições prisionais e os estabelecimentos de saúde prisional existentes no RS, bem como suas características; (c) sistematizar as ações praticadas pela Susepe e da SES do RS voltadas à implantação da Política de Saúde no sistema prisional no RS; e, (d) comparar o preconizado pela Política de Saúde no sistema prisional e o identificado nas bases de dados do Geopresídios e do CNES.

Busca, assim, retratar a realidade de cada unidade prisional, por município, indicando sua população e condições de prisão. Para tal, empregou dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), acerca das unidades de saúde prisional, e dados referentes às ações desenvolvidas pelo estado do RS no endereço eletrônico da Susepe e da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS).

O Sistema Geopresídios identifica as instituições prisionais existentes no estado do RS, destacando aquelas que oferecem serviços de saúde para as pessoas privadas de liberdade. O Sistema aponta os serviços de saúde ofertados pelo estabelecimento prisional, ou seja, se possui área para tratamento de saúde, enfermaria, gabinete odontológico, e se há prestação de assistência em saúde. O CNES possibilita identificar os

estabelecimentos que possuem unidades de saúde vinculadas à unidade prisional, atendendo à proposta da Política de Saúde Prisional.

Assim, os dados referentes às situações dos estabelecimentos de saúde e prisionais foram comparados a fim de saber se contemplam as propostas descritas nas legislações referentes à saúde prisional, identificando se a realidade está de acordo com o previsto na Política de Saúde Prisional.

Por empregar dados extraídos de bases de dados e documentos de acesso público não houve necessidade de encaminhamento para o Comitê de Ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estado do RS possui 497 municípios (IBGE, 2015) e 97 estabelecimentos penais, cujas unidades são classificadas por albergues, penitenciárias, presídios, colônias penais e institutos penais, e abrigam presos do regime aberto, semiaberto e fechado. Estes 97 estabelecimentos penais estão distribuídos em 74 cidades do RS, sendo que apenas dois possuem estrutura para tratamento de saúde: a Penitenciária Modulada de Charqueadas e o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (GE-OPRESÍDIOS, 2014).

Do total de 97 estabelecimentos penais, 37 contam com enfermaria e 32 com gabinete odontológico, entre os quais 28 instituições prisionais possuem tanto enfermaria como gabinete odontológico. Isso significa que nove estabelecimentos têm somente a enfermaria e quatro contam apenas com o gabinete odontológico.

Quanto à prestação de assistência em saúde nos estabelecimentos penais, 94 instituições afirmam garantir tal direito. Apenas três estabelecimentos informaram não garantir este direito: o Instituto Penal de Caxias do Sul, o Presídio de Passo Fundo e o Albergue Estadual de Uruguaiana.

Com base no CNES foram identificados 32 estabelecimentos que prestam serviço especializado de atenção à saúde no sistema prisional, mediante atuação das equipes de Saúde Prisional. Tais estabelecimentos de saúde prisional estão localizados em 24 municípios do RS (Quadro 1).

Quadro 1 – Estabelecimentos que prestam serviço especializado de atenção à saúde no sistema prisional do estado do Rio Grande do Sul.

Município	Nº CNES	Estabelecimento
Canguçu	2818752	Programa de Saúde da Família 03, Vila Triangulo Canguçu (PSF)
Canoas	7612966	Unidade de Saúde Prisional I
Caxias do Sul	7567189	Unidade de Saúde Prisional PERCS
	7586639	Unidade de Saúde Prisional PICS
	5880912	Penitenciária Estadual de Charqueadas
Charqueadas	5880904	Penitenciária Estadual de Jacuí
	5880890	Penitenciária Modulada de Charqueadas
	6637809	Unidade de Saúde Prisional PASC
Cruz Alta	7598270	Equipe de Atenção Básica Prisional de Cruz Alta
Erechim	2249081	Posto do Presídio Estadual de Erechim
Guaíba	747775	Unidade de Saúde Prisional Guaíba
Ijuí	6923674	Unidade de Saúde Prisional PMEI
Iraí	7588283	Equipe Saúde Prisional Presídio Iraí RS
Lajeado	7620446	Equipe de Saúde Prisional Lajeado
Montenegro	5720486	Modulada de Pesqueiro 1
	7607768	Modulada de Pesqueiro 2
Osório	6307167	Penitenciária Modulada Estadual de Osório
Pelotas	6942865	Unidade de Saúde do Presídio Regional de Pelotas
	6957544	Equipe de Saúde Prisional Vila Nova Madre Pelletier
	6957560	Equipe de Saúde Prisional Vila Nova PCPA 1
Porto Alegre	6957579	Equipe de Saúde Prisional Vila Nova PCPA 2
	7320825	Equipe de Saúde Prisional Vila Nova PCPA 3
	7322372	Unidade Básica de Saúde Prisional
Rio Grande	6894054	Presídio Regional de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul	6894054	Presídio Regional de Santa Cruz do Sul
Santa Rosa	6318681	Unidade Prisional de Santa Rosa
Santa Vitória do Palmar	2232677	Unidade de Saúde Prisional de Sta. Vitória Palmar
Santo Cristo	7344473	Centro Municipal de Saúde
São Gabriel	7593813	Unidade Saúde Prisional de São Gabriel
São Luiz Gonzaga	2258811	Saúde Prisional tipo II
São Vicente do Sul	2242125	Centro de Saúde Daily Buss Cecconi
Três Passos	6831885	Posto Unidade Básica de Saúde Prisional
Venâncio Aires	7390513	EPEN equipe de at. saúde sist. penitenciário

Fonte: Brasil (CNESNet, 2014).

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2012-2015), a Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional é desenvolvida de forma interseccional, envolvendo a implementação de equipes nos moldes dos princí-

pios e diretrizes preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e de acordo com o consignado no PNSSP.

O parâmetro de referência estabelecido pelo Ministério da Saúde é de uma equipe para cada 500 presos. Em um período de cinco anos o número de equipes implantadas cresceu de 3 (três) para 20 (vinte), atingindo uma cobertura de 48% de atendimento da população prisional do Estado, com acesso a ações e serviços da Atenção Básica. As equipes de saúde prisional estão implantadas nos 17 maiores centros penitenciários do Estado, perfazendo uma cobertura de atendimento a aproximadamente 14.260 pessoas em situação de privação da liberdade, localizadas em 13 municípios (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2012-2015, p. 148).

Conforme Martins (2014), na Política Estadual de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional, o RS estabeleceu modelo próprio de gestão e financiamento das Equipes de Atenção Básica do Sistema Prisional (EABp), o que possibilitou a ampliação do acesso à saúde da população prisional no Estado.

Em 2010 a cobertura da população prisional atendida pelas equipes de saúde prisional era de 20%. Em 2013, o percentual de atendimento carcerário chegou a 55%, revelando expressivo incremento na área (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2015).

Diante dos dados supramencionados, em 2014 o número de equipes implantadas no RS foi ampliado, passando para 32 ESP. É importante destacar que nesse período ocorreu a implementação da PNAISP, que entrou em vigor no dia 2 de janeiro de 2014.

A importância das ESP's nos estabelecimentos penais deve-se à atuação no campo da atenção básica, tornando possível realizar os primeiros atendimentos à pessoa privada de liberdade com um olhar focado na prevenção de doenças e agravos no sistema penal. Conforme Amaral (2014, p. 68), “consta na LEP que, caso o estabelecimento penal não esteja aparelhado para dar assistência médica, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento”.

As equipes de saúde tanto podem estar localizadas em uma unidade de saúde fora da unidade prisional quanto em outra locali-

zada no interior da mesma, permanecendo dentro delas quando o número de pessoas privadas de liberdade ultrapasse 100 e estendendo ações para dentro daquelas em que forem menos de 100. Para efetivação das equipes de saúde, os serviços de saúde nas unidades prisionais deverão estar cadastrados no Serviço de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do SUS (MACHADO, 2013, p. 103).

A ampliação das equipes de saúde prisional aconteceu graças ao trabalho articulado da gestão municipal de saúde, da SES, das Coordenadorias Regionais de Saúde e da Susepe (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2015).

As ações de saúde desenvolvidas no âmbito do sistema prisional, no RS, estão regulamentadas pela Resolução da CIB nº 257/2011, que aprova o repasse financeiro para cada unidade de saúde prisional a ser habilitada nas unidades penitenciárias que abrigam mais de 100 presos. Em seu art. 5º, estabelece:

Art. 5º. Estabelecer como equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, conforme artigo 8º da Portaria Inter-ministerial 1.777/2003.

Parágrafo Único. A equipe de saúde prisional será composta pelo quadro efetivo da Susepe e complementada por profissionais de saúde do município (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2011, p. 2).

No estado do RS ocorre uma articulação entre a segurança e a saúde públicas, em que profissionais que integram ambas as áreas compõem as Equipes de Saúde no Sistema Prisional. A resolução supracitada, em seu art. 7º, direciona as ações desenvolvidas pela equipe de saúde prisional.

A equipe de saúde prisional deverá desenvolver ações de atenção integral à saúde, na atenção à saúde da mulher e/ou do homem, saúde bucal, saúde mental e os principais programas que envolvem o tratamento e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV, hepatites, programa de controle e tratamento da tuberculose, bem como hipertensão, diabetes e hanseníase. A equipe deverá atender as demandas da assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais. As ações de saúde mental devem focar a prevenção psicológica e a promoção da saúde, principalmente, no

tratamento da dependência química, e no trabalho com a prevenção dos efeitos do encarceramento, a partir de programas que estimulem a construção de projetos vitais, reinserção social e constituição e fortalecimento da rede de apoio e suporte social, laboral e afetiva de forma conjunta e integrada com a equipe de saúde prisional.

Parágrafo Único. O gestor municipal deverá definir as redes de referência no atendimento em saúde mental (psiquiatria), saúde da mulher (ginecologia), atenção em doenças infecto contagiosas (infectologista) e saúde da criança (pediatria) – nos estabelecimentos prisionais com unidade materno-infantil (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2011, p. 3).

Esta resolução define que as ações desenvolvidas no âmbito do sistema prisional estejam direcionadas à atenção integral à saúde, conforme preconiza o SUS. Busca, assim, atender as diversas situações que abrangem a saúde das pessoas que estão privadas de liberdade.

Para Machado (2013), quando a oferta de serviços de atenção básica for insuficiente para atender a necessidade da população prisional, o encaminhamento da pessoa privada de liberdade deve ser realizado para a atenção ambulatorial e hospitalar na rede de estabelecimentos de saúde municipal, estadual ou federal, conforme a pactuação estabelecida.

No endereço eletrônico da Susepe, em uma reportagem com o título “*Presídio de Frederico Westphalen investe em saúde prisional*”, é possível constatar que:

O acesso à saúde tem sido prioridade nos serviços de tratamento penal do Presídio Estadual de Frederico Westphalen. Dentre as ações realizadas, estão exames de colo do útero, vacinação contra gripe A, testes rápidos de HIV/Aids, palestra sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e distribuição de kits preventivos (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014).

Em 21 de julho de 2014 outra matéria foi publicada no endereço eletrônico da Susepe, intitulada “*Equipe técnica da Susepe participa de capacitação na área da saúde em Passo Fundo*”. Essa reportagem informa que a equipe técnica dos estabelecimentos penais de Passo Fundo participou de capacitação de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C, oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município, a fim de

atuar na prevenção, detecção e manejo de casos de doenças infectocontagiosas (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014).

A vigilância e controle de doenças transmissíveis no sistema prisional é de suma relevância e devem fazer parte da rotina de serviços, não somente através da notificação de casos, mas também através do encaminhamento dos casos suspeitos, diagnósticos de casos, busca dos faltosos ao tratamento, busca ativa de casos, realização de vacinação, atividades de educação em saúde e planejamento de ações conjuntas através de parcerias (MACHADO, 2013, p. 86).

Outra iniciativa visualizada no endereço eletrônico da Susepe diz respeito ao seminário de capacitação *“A saúde no Sistema Prisional e a Construção da Prática Intersetorial e Interdisciplinar”*. Essa ação foi uma parceria entre a SSP e a SES (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014).

O Estado do RS vem gradativamente implementando as ESP e está avançando nas propostas que tangem à Política de Saúde no Sistema Penitenciário. A capacitação da equipe e a realização das práticas desenvolvidas pelos profissionais que compõem a ESP demonstram o desenvolvimento e a articulação da saúde com a população carcerária.

Outra ação visualizada no endereço eletrônico da Susepe possui o título *“Instituto Psiquiátrico Forense encerra a semana da luta antimanicomial”*. A proposta dessa atividade foi lembrar a mudança de modelo no tratamento de pacientes que cumprem medidas protetivas, bem como a desinstitucionalização que vem se tornando realidade a partir da Lei Antimanicomial. A matéria destaca que nos últimos três anos o Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) conseguiu reduzir de 600 para 380 o número de pacientes, principalmente devido ao atendimento compartilhado do Estado com as famílias e também à atuação dos Centros de Atenção Psicossocial -CAPS (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014).

Em observância à PNAISP e mediante os resultados obtidos na pesquisa, procurou-se sistematizar os dados e elaborar um quadro comparativo entre o que está sendo preconizado pela política de saúde no sistema prisional e o atualmente existente no RS (2014).

Quadro 2 – O preconizado na Política de Saúde no Sistema Prisional e o existente no RS.

Preconizado	Existente
1.O objetivo geral da PNAISP é “garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS” (BRASIL, 2014, p. 3).	1.Inserção de unidades básicas de saúde nos estabelecimentos penais.
2. A atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida (BRASIL, 2014, p. 3).	2.O Estado do RS estabeleceu modelo próprio de gestão e financiamento, antes da publicação da PNAISP.
3.Promover ações para promoção de doenças e prevenção de doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis e dos agravos decorrentes do cofinanciamento (BRASIL, 2013, p. 1).	3.1 Capacitação das equipes dos estabelecimentos penais de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C. 3.2 Realização de exames de colo de útero, vacinação contra a gripe A, testes rápidos de HIV, palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e distribuição de kits preventivos.
4. A oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014, p. 3).	4. 94 estabelecimentos penais afirmam garantir o direito à saúde da população privada de liberdade, mesmo não possuindo ESP nas instituições.
5. Garantir ações de promoção de saúde bucal (ex.: palestras, escovação e avaliação bucal) e tratamento (BRASIL, 2013, p. 1).	5.1. Estabelecimentos penais com gabinetes odontológicos. 5.2. ESP possuem profissional cirurgião dentista.
6. Garantir o acesso aos programas de saúde mental, gerais e específicos (BRASIL, 2013, p. 1).	6.1 Encaminhamentos para CAPs e atendimento compartilhado do Estado com a família. 6.2. Discussão sobre a desinstitucionalização e sobre a lei antimanicomial.
7. Multiplicar as unidades básicas de saúde prisional e promover o seu funcionamento na lógica do SUS (BRASIL, 2013, p. 1).	7. Ampliação das ESP no Estado do RS.
8. Qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça (BRASIL, 2014, p. 3).	8.1. Articulação entre a segurança pública e a saúde integrando profissionais que trabalham em ambas as áreas para compor as Equipe de Saúde Prisional. 8.2. Seminário de capacitação realizado em parceria da Secretaria de Segurança Pública e da Secretaria Estadual de Saúde.
9. Os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no CNES (BRASIL, 2014, p. 3).	9. Estabelecimentos de saúde prisional, existentes no RS, cadastrados no CNES.

Fonte: dados da pesquisa (2014)

O quadro comparativo descreve as ações que estão sendo realizadas em torno da Política de Saúde no Sistema Prisional no RS. Percebe-se que o passo inicial já foi dado, que é reconhecer a garantia do direito à saúde da população carcerária, desenvolver legislações e destinar recursos financeiros para o atendimento da demanda e o desenvolvimento de ações. Outros passos, no entanto, ainda precisam ser desenvolvidos pela Política de Saúde no Sistema Prisional.

Ao contrário do que preconiza a PNAISP, nem todos os estabelecimentos contam com ESP, tampouco existem ações em saúde prisional em todas as instituições penais que possam atender à totalidade da população carcerária do Estado.

CONCLUSÃO

Este estudo abordou a Política de Saúde no Sistema Prisional no estado do RS, em 2014, buscando identificar se os estabelecimentos de saúde e as ações desenvolvidas estão em conformidade com a Política Estadual de Saúde no Sistema Prisional.

Verificou-se que o RS possui 97 estabelecimentos penais, 32 com Equipes de Saúde Prisional identificadas no CNES.

Nem todos os estabelecimentos penais possuem unidades básicas de saúde, no entanto, deve-se considerar que a PNAISP foi publicada, por meio da Portaria Interministerial nº 1, em 2 de janeiro de 2014. Até então o desenvolvimento das ações ocorria com base no Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, por intermédio da Portaria Interministerial 1.777, de 9 de setembro de 2003. Também, cabe ressaltar que o estado do RS reconheceu a importância de garantir o direito à saúde da população carcerária e instituiu um modelo próprio de gestão e financiamento, que foi regulamentado por intermédio da Resolução CIB nº 257/2011.

Diante desse quadro verifica-se que a Política de Saúde Prisional está buscando desenvolver ações que visem à diminuição de riscos e

agravos com ações realizadas no âmbito do SUS. O resultado desta pesquisa aponta que ações iniciais foram trilhadas e que as discussões em torno da saúde no sistema prisional possuem caminhos a serem percorridos. Isso tudo permite aos gestores planejarem ações na área mediante um olhar mais aprofundado, buscando o investimento da política pública e a garantia de a pessoa privada de liberdade ter direito à saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Cláudio do Prado. Políticas públicas no sistema prisional. Belo Horizonte: CAED/UFMG, MG, 2014, v. 1.

ARRUDA, Aurilene Josefa Cartoxo Gomes de et al. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. Revista de Enfermagem da UFPE. *On line*. Recife, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4803/7878>. Acesso em: 3 jul. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal (artigos 196 a 200). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anosus/legislacao/constituicao-federal.pdf. Acesso em: 2 abr. 2014.

_____. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 18 out. 2014.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 13 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Legislação da saúde no sistema penitenciário. Brasília: MS, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf. Acesso em: 3 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: incluir no sistema de saúde os brasileiros que cumpram pena é um direito garantido pela Constituição [gestor]. Brasília: MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/07/Portaria-Interministerial-n-1-de-2-de-janeiro-de-2014---PNAISP.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. 2013. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 25 de mar.2015.

_____. Ministério da Saúde. CNESNet. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Saúde no Sistema Prisional. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-no-sistema-prisional>. Acesso em: 18 out. 2014.

COELHO, Fabiana da Silva. Sistema Penitenciário Brasileiro Frente aos Direitos Humanos. 2011. 61 f. Monografia (Bacharel em Direito). Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, Barbacena, 2011.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução nº 47, de 18 de dezembro de 2007. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/resolucao/rescnj_47.pdf. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____. Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil. Brasília/DF, junho de 2014. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf. Acesso em: 4 jun. 2014.

_____. Geopresídios. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php. Acesso em: 15 dez. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e normas para sua operacionalização. Nota Técnica 33/2013.

GALVÃO, Mayana Camila Barbosa; DAVIM, Marie Barbosa. Ausência de Assistência à Gestante em Situação de Cárcere Penitenciário. 2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/33554/21053>. Acesso em: 18 out. 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe). Política de Atenção Integral à Saúde Prisional. 2011. Dis-

ponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1315597369_SAUDE.pdf. Acesso em: 4 jul. 2014.

_____. Apresentação. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=1. Acesso em: 4 jul. 2014.

_____. Decreto nº 48.278 de 25 de agosto de 2011. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1315573885_48278.pdf. Acesso em: 20 fev. 2015.

_____. Técnicos da Susepe debatem a saúde no sistema prisional. 2014. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=4&cod_conteudo=1611. Acesso em: 23 fev. 2015.

_____. Presídio de Frederico Westphalen investe em saúde prisional. 2014. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=4&cod_conteudo=1572. Acesso em: 23 fev. 2015.

_____. Equipe técnica da Susepe participa de capacitação na área da Saúde em Passo Fundo. 2014. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_conteudo=1593 &cod_menu=4. Acesso em: 23 dez. 2015.

_____. Instituto Psiquiátrico Forense encerra a Semana da Luta Antimanicomial. 2014. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=4&cod_conteudo=1549. Acesso em: 10 mar. 2015.

_____. Secretaria de Saúde. Saúde prisional. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/203/Sa%C3%BAde_Prisional. Acesso em: 23 fev. 2015.

_____. Resolução nº 257/2011- CIB/RS. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338407229_Resolucao%20CIB%20257%202011.pdf. Acesso em: 23 fev. 2015.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Estadual de Saúde (2012-2015). http://www.saude.rs.gov.br/lista/597/Plano_Estadual_de_Sa%C3%BAde. Acesso em: 23 fev. 2015.

IBGE. Cidades@. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=43>. Acesso em: 15 fev. 2015.

JACOBSEN, Marli da Silva. Análise da viabilidade de implementação do Plano Operativo Municipal de Atenção à Saúde da População Prisional do Município de Taquara RS. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde. Programa de Pós-Graduação em Administração) – UFRGS, Porto Alegre, 2008.

MACHADO, Jacinta de Fátima Franco Pereira. Políticas públicas: histórico das políticas públicas de saúde. Curso de Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Prisional. Campo Grande: Fiocruz/MS, 2013.

_____. Políticas públicas: a Estratégia de Saúde da Família. Curso de Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Prisional. Campo Grande, MS: Fiocruz/MS, 2013.

_____. Gestão da Atenção à Saúde no Sistema Prisional: vigilância em saúde. Curso de Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Prisional. Campo Grande: Fiocruz/MS, 2013.

MARTINS, Lairton Bueno et al. Apoio institucional às equipes de Atenção Básica prisional e a contribuição da inserção da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva na Gestão Estadual de Saúde Prisional do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://anais.unicentro.br/cis/pdf/iiv2n1/332.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2014.

RIBEIRO, Maria Amélia de Jesus; SILVA, Izabel Cristina R. da. A saúde no Sistema Prisional. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/A%20sa%C3%BAde%20no%20sistema%20prisional.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2014.

SILVA, Tatiane Aguiar Guimarães. O preso e o direito fundamental à saúde. Conteúdo Jurídico. Brasília- DF: 25 jan. 2011. Disponível em: <http://conteudojuridico.com.br/artigo,o-pres-e-o-direito-fundamental-a-saude-31019.html>. Acesso em: 4 jul. 2014.

THOMPSON, Augusto. A questão penitenciária. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

VIEIRA NETO, Luiz Fabrício. Políticas públicas no sistema prisional. Belo Horizonte: CAED /UFMG, 2014, v. 2.