

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL - UAB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
Curso de Especialização de Gestão em Saúde - EAD

Tatiana de Paula Firckel

**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de
Liberdade no Sistema Prisional no Rio Grande do Sul**

Porto Alegre

2019

TATIANA DE PAULA FIRCKEL

**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de
Liberdade no Sistema Prisional no Rio Grande do Sul**

**Trabalho de conclusão do curso de
Especialização em Gestão em Saúde (Lato
Sensu), apresentado ao Departamento de
Ciências Administrativas da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para a obtenção do grau de Especialista
em Gestão em Saúde.**

**Orientador: Profa. Dra. Cristina Arthmar
Mentz Albrecht**

Porto Alegre

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Firckel, Tatiana de Paula

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Rio Grande do Sul / Tatiana de Paula Firckel. -- 2019. 35 f.

Orientador: Cristina Arthmar Mentz Albrecht. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Rio Grande do Sul. I. Albrecht, Cristina Arthmar Mentz, orient.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

A saúde das pessoas privadas de liberdade ocupa, cada vez mais, a pauta da Segurança Pública e do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, surgem os dispositivos legais que buscam a garantia desse direito, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional que considera o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade. O objetivo deste trabalho foi identificar como se encontra implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa descritiva com levantamento dos dados quantitativos do mapa prisional e demais informações fornecidas pela Superintendência dos Serviços Penitenciários e pela Secretaria Estadual de Saúde. Dentre os resultados, observou-se que, das 149 unidades prisionais, 37 possuem equipes de Atenção Básica Prisional, sendo 28 com habilitação estadual e 30 com habilitação federal. Apenas três de 61 estabelecimentos prisionais com menos de 100 custodiados possuem equipes de Atenção Básica Prisional, todas as equipes do tipo 1. As unidades prisionais entre 101 e 500 custodiados são as que mais possuem equipes de Atenção Básica Prisional, totalizando 17 equipes, todas tipo 2 à exceção de Santo Cristo. Os estabelecimentos acima de 501 custodiados possuem equipes tipo 2 ou 3 em número insuficiente de acordo com a política. Dessa forma, apenas 54,33% da população carcerária gaúcha possui acesso às equipes de Atenção Básica Prisional. Conclui-se que, mesmo existido um descompasso entre o preconizado pela política e o real, a implementação das equipes de Atenção Básica Prisional afetou de forma positiva, embora ainda discreta, a saúde das pessoas privadas de liberdade.

Palavras Chave: Gestão em Saúde. Política de Saúde. Prisões.

ABSTRACT

The health of persons deprived of their liberty is increasingly taking on the role of Public Security and the Unified Health System. In this sense, there are legal provisions that seek to guarantee this right, such as the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Freedom in the Prison System which considers the principle of universal and equal access to actions and services for the promotion, protection and recovery of the health of persons deprived of their liberty. The objective of this study was to identify how the National Policy for Integral Attention to the Health of Persons Deprived of Liberty in the Prison System in Rio Grande do Sul is implemented. This is a descriptive research with a survey of quantitative data of the prison map and other information provided by the Penitentiary Service Superintendency and the State Department of Health. Among the results, it was observed that, of the 149 prison units, 37 have Prison Basic Attention teams, 28 with state qualification and 30 with federal qualification. Only three of 61 prisons with less than 100 custodial units have Prison Basic Attention teams, all type 1 teams. Prison units between 101 and 500 in custody are the ones with Prison Basic Attention teams, totaling 17 teams, all of them type 2 exception of Santo Cristo. Establishments above 501 in custody have type 2 or 3 teams in insufficient numbers in accordance with the policy. Thus, only 54.33% of the prison population in the State of Rio Grande do Sul has access to the Prison Basic Attention teams. It is concluded that, even if there was a mismatch between the policy advocated and the reality, the implementation of the Prison Basic Attention teams positively affected, although still discreet, the health of persons deprived of their liberty.

Key-words: Health Management. Health Policy. Prisons.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Composição das Equipes de Atenção Básica prisional.....	18
Quadro 2 – Composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados.....	19
Quadro 3 – Objetivos específicos, dados e fontes de dados da pesquisa.....	20
Tabela 1 – Dados sócio demográficos da população privada de liberdade no Rio Grande do Sul...	22
Tabela 2 – Números absolutos de agravos transmissíveis (HIV e tuberculose), consultas médicas dentro dos estabelecimentos (território), exames e testagens realizados e número de óbitos por motivos de saúde.....	23
Tabela 3 – Tipo de EABp em funcionamento, número de pessoas privadas de liberdade em cada estabelecimento prisional e o número de equipes.....	24

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

EABp – Equipe de Atenção Básica Prisional

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INFOPEN – Sistema de Informações Penitenciárias

LEP – Lei de Execuções Penais

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNAMPE – Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

RAS – Rede de Atenção em Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEPE – Superintendência dos Serviços Penitenciários

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3 JUSTIFICATIVA	12
4 REVISÃO TEÓRICA	13
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
6 RESULTADOS	22
6.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO RIO GRANDE DO SUL	22
6.2 PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE E HIV E O NÚMERO DE CONSULTAS, EXAMES E TESTAGENS ENTRE A POPULAÇÃO CARCERÁRIA	23
6.3 CARACTERÍSTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BÁSICA PRISIONAL EM FUNCIONAMENTO NO RIO GRANDE DO SUL	24
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO ENVIADO À DIVISÃO DE SAÚDE PRISIONAL DO DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO PENAL PELA CENTRAL DE INFORMAÇÕES.....	35

1 INTRODUÇÃO

A saúde das pessoas privadas de liberdade ocupa, cada vez mais, a pauta da Segurança Pública e do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei de Execuções Penais (LEP), embora anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Constituição Federal, segue a mesma lógica de garantias de direitos e prevê atenção, de caráter preventivo e curativo, à saúde da população em custódia penal (BRASIL, 1984).

O SUS preconiza o atendimento integral ao usuário e atua de forma descentralizada através da delimitação de territórios, buscando promover o acesso universal. A Atenção Básica é a porta de entrada do sistema e deve prestar acolhimento à população de acordo com suas peculiaridades (BRASIL, 2013a). Nessa perspectiva, a primeira tentativa de estabelecer uma política de trabalho dentro do Sistema Prisional foi a Portaria Interministerial nº 1.777/2003, do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, na qual foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, desenvolvido em uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL 2003). De acordo com o Ministério da Saúde, o esgotamento desse modelo, após 10 anos de sua aplicação, fez com que o Governo Federal elaborasse e pactuasse uma política, a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e que considerou, primariamente, o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2014e).

A população carcerária no Brasil é composta por 726.700 pessoas privadas de liberdade nos regimes fechado, semiaberto, aberto, presos provisórios e prisão domiciliar, sendo o aumento da ordem de 707% em relação as 90 mil pessoas privadas de liberdade registradas em 1990 (DEPEN, 2019). No Rio Grande do Sul (RS), a consulta ao mapa prisional contabiliza 40.362 pessoas em custódia penal, entre os diferentes regimes de pena, sendo 2.020 mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 2019c). Contudo, a capacidade de engenharia dos estabelecimentos prisionais no estado é de pouco mais de 25 mil vagas. Assim, muitas pessoas em custódia penal precisam aguardar nas carceragens da polícia civil em condições críticas (RIO GRANDE DO SUL, 2019c).

A Constituição Federal, a Lei de Execuções Penais e as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos (Regras de Mandela) elencam os direitos para a população carcerária, entre eles o direito à saúde. No entanto, para Vieira Neto (2014) o

encarceramento em massa, as condições sanitárias precárias, as celas superlotadas e sem ventilação, além da ausência de condições de higiene adequadas contribuem para os agravos à saúde dessa população, figurando como mais um obstáculo à sua efetivação.

Conforme Marden e Bueno (2015), a iniquidade no acesso às políticas públicas, somadas à visão punitivista socialmente instituída, é uma problemática que potencializa as vulnerabilidades das pessoas em privação de liberdade. Dessa maneira, questiona-se: como se encontra implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Rio Grande do Sul?

2 OBJETIVOS

Abaixo são apresentados os objetivos geral e específicos.

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar como se encontra implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Rio Grande do Sul.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil sócio demográfico da população carcerária do Rio Grande do Sul;
- b) Identificar, entre a população carcerária, a prevalência de tuberculose e HIV e o número de consultas, exames e testagens no período de 2014 a 2016;
- c) Caracterizar os estabelecimentos prisionais quanto à presença de equipe de Atenção Básica Prisional em funcionamento;
- d) Comparar o que foi preconizado na política com a situação atual.

3 JUSTIFICATIVA

Conforme preconizado pelo SUS, a atenção às populações específicas precisa considerar o grupo populacional de cada território devido às suas peculiaridades. O espaço territorial e as suas características socio-sanitárias são importantes instrumentos a serem considerados no processo de trabalho (UFSC, 2013). Assim, o gestor em saúde pode planejar, de forma mais efetiva, as ações a serem desenvolvidas pela equipe.

De acordo com Ornell *et al.* (2016), celas superlotadas, mal iluminadas e sem ventilação, além da precariedade na higiene, tornam a população carcerária especialmente vulnerável ao desenvolvimento de doenças, sobretudo as infectocontagiosas (como, por exemplo, o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV) e as respiratórias (como a tuberculose). Dados das Nações Unidas apontam a tuberculose como uma emergência de saúde, além da significativa violação dos direitos humanos, pois, na população brasileira em geral, a incidência da tuberculose é de 33 casos para 100 mil habitantes. Já entre as pessoas em custódia penal esse número sobe para 932 ocorrências (ONU, 2016). A infecção pelo HIV é outra situação crítica. Dados oficiais apontam que a infecção é maior que na população geral, demonstrando que ainda se configura como um problema de saúde pública de difícil enfrentamento (SOUZA *et al.*, 2017).

Dessa maneira, identificar como se encontra implementada a PNAISP no Rio Grande do Sul possibilita aos gestores do SUS conhecer melhor as vulnerabilidades no atendimento a essa população específica, além de entender às peculiaridades inerentes da interface entre saúde e segurança pública.

4 REVISÃO TEÓRICA

A população carcerária brasileira aumentou quase 100% nos últimos anos, atingindo mais de 700 mil pessoas privadas de liberdade em 2016 (DEPEN, 2016). Para entender ao encarceramento em massa, é necessário conhecer um pouco sobre a construção social do criminoso. Segundo dados da Superintendência dos Serviços Penitenciários¹, 44% dos homens presos têm até 29 anos e 61,4% possuem ensino fundamental incompleto. De acordo com o levantamento do Conselho Nacional de Justiça (2017), os crimes mais comuns são: o tráfico de drogas (que representa 29% dos processos que envolvem réus presos); crime de roubo (26%); homicídio (13%); crimes previstos no Estatuto do Desarmamento (8%); furto (7%); e receptação (4%).

Esse aumento da população carcerária pode ser compreendido como um fenômeno social complexo, pois não necessariamente decorre de um aumento da violência, considerando que quase 1/3 das pessoas privadas de liberdade respondem por crime não violento, como o tráfico de drogas. As pessoas presas por tráfico de entorpecentes são principalmente jovens, pobres, primários e que carregam pouca quantidade do produto, caracterizando, assim, a seletividade do sistema penal (ORNELL *et al.*, 2016).

A criminologia crítica entende o sistema penal como parte de um aparelho repressor a grupos com maiores chances de serem criminalizados, associado, principalmente, a questões sociais, ou seja, a ideia de crime e criminoso são construções do estado e da sociedade. Interessante que para Baratta (2002), o direito penal direciona o processo de criminalização às classes mais vulneráveis economicamente, tipificando os desvios a ela pertencentes, privilegiando a classe dominante. Assim, o crime não estaria necessariamente associado à violação do direito do outro, mas a uma seleção de comportamentos que estariam em conflito político ou econômico com os interesses da classe dominante. Diante dessa perspectiva excludente baseada no modo de produção (de sujeitos e subjetividades) capitalista, são encontrados, no sistema prisional, aqueles indivíduos que estão à margem da sociedade e, muitas vezes, não apenas se desconhecem como sujeitos de direitos e deveres, mas também não são reconhecidos como tais.

O Brasil, assim como muitos países em desenvolvimento, possui uma alta incidência de tuberculose na população em geral e esse problema agrava-se ainda mais entre as

¹ Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/capa.php>. Acesso em: 05 jul. 2019.

populações vulneráveis, como a população carcerária (BOURDILLON *et al.*, 2017). Na população privada de liberdade, além das fragilidades sociais individuais, são encontrados graves problemas ambientais como a superlotação, a ventilação deficiente, as dificuldades nutricionais, o consumo de drogas, as comorbidades, além da dificuldade no acesso aos serviços de saúde (VALENÇA *et al.*, 2016). O confinamento ao mesmo tempo em que representa uma oportunidade única para intervir na saúde dessa população, também pode ser um obstáculo, considerando suas especificidades na implementação de políticas públicas. Melhorar as condições ambientais é fundamental para o controle da tuberculose. No entanto, para Sánchez e Larouzé (2016), a superpopulação carcerária pode desempenhar um papel ainda mais determinante na disseminação da doença.

Da mesma forma, o HIV e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) representam uma séria ameaça à saúde da população privada de liberdade no Brasil à qual o sistema público de saúde nem sempre consegue atingir (REIS; BERNARDES, 2011). As pessoas em custódia penal apresentam maior vulnerabilidade ao HIV devido à maior exposição aos riscos comportamentais e ambientais envolvendo uma alta probabilidade de transmissão da doença (COELHO *et al.*, 2007). Diante deste cenário, o crescimento dos índices de encarceramento e as questões relacionadas à desigualdade social tencionaram as instituições para a elaboração de políticas sociais e de saúde que visam melhorar as condições de vida no sistema carcerário (CARVALHO, 2016).

A questão da saúde prisional, portanto, se apresenta como um desafio para os gestores públicos e para o sistema de justiça e segurança, pois precisa acompanhar o crescente aumento da população aprisionada. Nessa perspectiva se desenvolveram políticas públicas voltadas para essa população. Entre elas, as políticas de saúde.

O SUS tem como princípios a redução das desigualdades (equidade) e o atendimento universal à população (universalidade). A saúde é considerada, além de direito de todos, um dever do Estado, o qual deve ser concretizado por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e de outros agravos, proporcionando acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

O atendimento à saúde no Sistema Penitenciário sempre foi um assunto de interesse e de responsabilidade das políticas de segurança pública, e não de saúde. Foi a partir do segundo marco das políticas de saúde no âmbito prisional - o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003 - que foi firmada a necessidade da organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do

Sistema Único de Saúde. Dentre eles, o da universalidade (BRASIL, 2004). Historicamente, a implantação da PNSSP ocorreu no ano da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, que teve como tema central "Saúde: um direito de todos e dever do Estado, a Saúde que temos, o SUS que queremos" (CARVALHO, 2016).

O PNSSP foi fruto do trabalho construído com a colaboração de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite, na 12.º Conferência Nacional de Saúde, no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (Ministério da Justiça), sendo incluído no Plano Nacional de Saúde (CARVALHO, 2016). Contudo, passados dez anos de sua implantação, o PNSSP se demonstrou insuficiente para garantir o acesso universal, posto que não previa o atendimento às pessoas privadas de liberdade que não estivessem em estabelecimentos prisionais e os cuidados específicos à população feminina e de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), o esgotamento da PNSSP fez com que o Governo Federal elaborasse e pactuasse uma nova política, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014e). Segundo CARVALHO (2017), a PNAISP é fruto de um Grupo de Trabalho criado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça denominado "Do plano à política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional", vinculado ao Programa de Direito Sanitário da Fiocruz-Brasília e denota a importância do envolvimento da sociedade civil na construção de dispositivos para garantia de direitos às populações mais vulneráveis. Importante ressaltar também em nível estadual as Resoluções CIB nº 257/2011 e nº 453/2011, as quais estabelecem os critérios mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional e definem as normas para sua operacionalização e financiamento. Essa iniciativa da Coordenação da Atenção Básica de Saúde Prisional do Rio Grande do Sul inspirou a regulamentação e operacionalização da PNAISP, sendo o estado considerado pioneiro no Brasil no processo de municipalização e de co-financiamento das equipes de Atenção Básica prisional (EABp) (RIO GRANDE DO SUL, 2019c).

A união de esforços na construção da PNAISP evidencia a preocupação com essa parcela da população. A política organizada e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite,

deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), acolhida favoravelmente pelo Conselho Nacional de Secretários de Justiça (CONSEJ) e pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) está inserida na lógica da Atenção Básica. Cabe ressaltar que o termo ‘preso’, presente na PNSSP, foi substituído por ‘pessoa privada de liberdade’, no texto da PNAISP, denotando, assim, uma mudança de paradigma a respeito do tratamento oferecido às pessoas sob custódia penal, ou seja, há o reconhecimento desse sujeito como pessoa humana e não apenas um preso reduzido ao seu delito (BRASIL, 2014d). Outro ponto importante na política foi a extensão da atividade de prevenção àqueles que convivem com essa população. Nas ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, os familiares das pessoas em custódia penal e os trabalhadores do sistema prisional e demais pessoas que se relacionam com pessoas encarceradas foram consideradas, abrangendo, efetivamente, os agravos e as doenças da população prisional como um problema de saúde pública (BRASIL, 2014c).

Posteriormente, ainda em 2014, ocorreram vários avanços: a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), a Resolução nº 01, de 10 de fevereiro de 2014, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais em conflito com a lei e redireciona o modelo assistencial em saúde mental para esses usuários; e a Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), de 15 de abril de 2014, a qual dispõe sobre o acolhimento da população LGBT em privação de liberdade no Brasil e prevê, dentre outros aspectos, a atenção integral à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2014a; 2014b).

Já a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, foi resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde, como: os movimentos sociais, os usuários, os trabalhadores e os gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2011). Desenvolvida de forma descentralizada, a PNAB possui como diretrizes a regionalização e hierarquização, a territorialização, a população adstrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade e coordenação do cuidado, a ordenação da rede e a participação da comunidade.

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, a 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 às 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 (BRASIL, 2011, ANEXO I).

Nesse contexto, se insere a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a Atenção Básica, estabelecendo um vínculo de corresponsabilização com a comunidade adstrita (BRASIL, 2005). O cálculo do teto de equipes de Saúde da Família é definido de acordo com a Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, que determina que cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada é de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Para áreas mais vulneráveis, é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximadamente de 2.000 pessoas por equipe (BRASIL, 2013b). A ESF deverá ser composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou comunitário, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2013b).

Instituído pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 e alterado pela Lei 13.708 de 14 de agosto de 2018, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE) são as figuras centrais na Atenção Básica, pois realizam a integração dos serviços com a comunidade. As atividades do ACS devem se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho, a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Dentro das diretrizes da Atenção Básica e frente à complexidade do Sistema Prisional, a PNAISP é uma ferramenta que busca garantir direitos dessa população extremamente vulnerável e marginalizada. Assim, em abril de 2014, através da Portaria nº 482/2014 (BRASIL, 2014f), ela foi normatizada e operacionalizada, prevendo que os serviços de saúde sejam ofertados em três diferentes constituições, divididos e definidos pelo número de pessoas em cada estabelecimento prisional, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Composição das Equipes de Atenção Básica prisional

EABp I	EABp II	EABp III
Até 100 presos – 6h/sem	De 101 a 500 presos – 20h/sem	De 501 a 1200 presos – 30h/sem
1 médico	1 médico	1 médico
1 enfermeiro	1 enfermeiro	1 enfermeiro
1 técnico de enfermagem	1 técnico de enfermagem	1 técnico de enfermagem
1 cirurgião dentista	1 cirurgião dentista	1 cirurgião dentista
1 técnico ou auxiliar de higiene bucal	1 técnico ou auxiliar de higiene bucal	1 técnico ou auxiliar de higiene bucal
	1 assistente social	1 assistente social
	1 psicólogo	1 psicólogo
	1 profissional de nível superior (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista ou farmacêutico)	1 profissional de nível superior (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista ou farmacêutico)
	Equipe de saúde mental optativa	Equipe de saúde mental: 1 médico psiquiatra ou com experiência em saúde mental
		2 profissionais de nível superior (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista ou farmacêutico)

Fonte: Brasil, 2014f.

Além da composição das equipes de Atenção Básica prisionais, a Portaria nº 482/2014 (BRASIL, 2014f) ainda estabelece a composição dos serviços habilitados por número de custodiados referenciados (Quadro 2).

Quadro 2 – Composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados

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
3701 – 4100	0	1	3
4101 – 4800	0	1	4
4801 - 4900	1	0	4

Fonte: Brasil, 2014f.

Dessa forma, para atender aos parâmetros da política, as equipes de Atenção Básica prisional deveriam respeitar os parâmetros estabelecidos em relação à composição de profissionais e de serviços habilitados.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo parte de uma pesquisa descritiva sobre a saúde prisional, utilizando dados públicos. O Quadro 3 contempla os objetivos específicos, os dados pertinentes e a respectiva fonte de dados.

Quadro 3 – Objetivos específicos, dados e fontes de dados da pesquisa

Objetivos específicos	Dados	Fontes dos dados
Descrever o perfil sócio demográfico da população carcerária do Rio Grande do Sul	Sexo, idade, escolaridade e taxa de reincidência.	Mapa Prisional / Dados Estatísticos / SUSEPE 2019
Identificar, entre a população carcerária, a prevalência de tuberculose e HIV e o número de consultas, exames e testagens nos anos de 2014, 2015 e 2016	Prevalência de tuberculose e HIV e o número de consultas realizadas no estabelecimento prisional, exames e testagens nos anos de 2014, 2015 e 2016	Relatório Analítico / DEPEN 2014 Relatório Analítico / DEPEN 2015 Relatório Analítico / DEPEN 2016
Caracterizar os estabelecimentos prisionais quanto a presença de equipe de Atenção Básica prisional em funcionamento	Número de pessoas privadas de liberdade por estabelecimento prisional, município, CRS, tipo de equipe instalada, número de equipes e tipo de financiamento	Secretaria Estadual de Saúde – DAS Mapa Prisional / SUSEPE 2019 Divisão de Saúde DTP – LAI
Comparar o que foi preconizado na política com a situação atual	Tipo e quantidade de equipes por número de custodiados, Equipes habilitadas em funcionamento.	Divisão de Saúde DTP – LAI Portaria Interministerial n. 1, de 02 de janeiro de 2014 (PNAISP). Portaria GM/MS 482 de 01 de abril de 2014

Fonte: Elaborado pela autora

Para atender a pergunta central deste estudo, foi realizado o levantamento do perfil sócio demográfico da população carcerária do Rio Grande do Sul através da consulta aos dados estatísticos do Mapa Prisional no site da SUSEPE². A fim de identificar a prevalência de agravos à saúde das pessoas em privadas de liberdade, foi realizada uma pesquisa aos Relatórios Analíticos referentes aos anos de 2014, 2015 e 2016 na página do DEPEN³.

² Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/capa.php>. Acesso em: 05 jul. 2019.

³ Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-analiticos/RS/rs>. Acesso em: 05 jul.2019.

Foi realizado um levantamento dos dados quantitativos das demais informações fornecidas pela SUSEPE, através da Lei de Acesso à Informação (LAI), sancionada em 18 de novembro de 2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas e é aplicável aos três Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2011). Os dados foram solicitados à Divisão de Saúde Prisional do Departamento de Tratamento Penal, que é responsável pelo planejamento, coordenação, orientação e supervisão de políticas e ações de saúde física e mental, assistência psicossocial e jurídica, educação, capacitação profissional, cultura, esporte e lazer das pessoas privadas de liberdade. Caracterizou-se os estabelecimentos prisionais que possuem equipe de saúde através do número de pessoas privadas de liberdade, município, região de saúde, estabelecimento prisional, tipo de equipe e tipo de financiamento. O questionário (Anexo 1) foi enviado em março de 2019, pelo site Central de Informação RS⁴. Foram consultados, também, dados referentes à evolução do número de equipes e funcionamento da Atenção Básica no Sistema Prisional no Rio Grande do Sul, no período de 2008 a 2016, no site eletrônico do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria Estadual de Saúde do RS⁵.

Para fins de comparação, foi realizada uma tabela com o tipo de equipe em funcionamento e o número de pessoas privadas de liberdade em cada estabelecimento prisional e o número de equipes previsto na política. Foi realizado levantamento da prevalência de tuberculose e HIV, além do número de consultas, de exames e testagens e o número de óbitos relacionados a problemas de saúde nos anos de 2014 a 2016. Finalmente, identificou-se a evolução no número de equipes e o impacto sobre a saúde das pessoas privadas de liberdade no mesmo período.

A utilização de dados e documentos de acesso público dispensou a necessidade de encaminhamento ao Comitê de Ética.

⁴ Disponível em: <https://centraldeinformacao.rs.gov.br/informacoes>. Acesso em: 11 mar. 2019.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme os objetivos específicos.

6.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO RIO GRANDE DO SUL

O perfil sócio demográfico da população carcerária no RS (Tabela 1) é composto prioritariamente por homens, 94,84%, com idade até 29 anos (44%), com baixa escolaridade (61,4% possuem ensino fundamental incompleto). Entre as mulheres, a maior taxa de encarceramento ocorre na faixa etária entre 35 e 45 anos e também há predominância de baixa escolaridade (53,5% de ensino fundamental incompleto). O índice de retorno (reincidência) é elevado em ambos os sexos, sendo maior entre os homens, 71,9%.

Tabela 1 – Dados sócio demográficos da população privada de liberdade no Rio Grande do Sul

Variável	Homens	Mulheres
	94,84 %	5,16 %
População Prisional RS (absoluta)	39.733	2.161
Grau de Instrução		
Analfabeto	2,2	1,3
Alfabetizado	4	1,8
Ens. Fund. Incompleto	61,4	53,5
Ens. Fundamental	13,2	12,6
Ens. Médio Incompleto	11,4	14,8
Ens. Médio	6,2	11,4
Superior Incompleto	0,9	3,0
Superior	0,4	1,5
Não informado	0,1	-
Faixa Etária		

18 – 24 Anos	23	16
25 – 29 Anos	21	18
30 – 34 Anos	19	18
35 – 45 Anos	25	30
46 – 60 Anos	10	16
Mais de 60 anos	2	2
Índice de Retorno		
Fonte:	71,9	62,0

SUSEPE, 2019

6.2 PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE E HIV E O NÚMERO DE CONSULTAS, EXAMES E TESTAGENS ENTRE A POPULAÇÃO CARCERÁRIA

Os dados referentes aos agravos à saúde mostram que houve um crescimento importante entre 2015 e 2016 nos casos de HIV e tuberculose. Também houve aumento no número de consultas, exames e testagens entre 2015 e 2016. O número de óbitos por agravos à saúde teve uma redução em 2015 (de 90 para 72 casos), permanecendo estável em 2016.

Tabela 2 – Números absolutos de agravos transmissíveis (HIV e tuberculose), consultas médicas dentro dos estabelecimentos (território), exames e testagens realizados e número de óbitos por motivos de saúde

Variável	2014	2015	2016
HIV	2.394	3.889	3.981
Tuberculose	979	2.220	2.180
Consultas no EP	35.091	42.721	55.446
Exames e testagens	14.647	28.342	31.557
Óbitos	90	72	71
*EABp – Total acumulado	24	34	36

Fonte: DEPEN, 2019.

Entre a população do Rio Grande do Sul, o número de novos casos de HIV nos anos de 2014, 2015 e 2016 foram de 3277, 3628 e 1435, respectivamente, segundo dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2016 (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Cabe ressaltar a

inclusão do HIV na lista nacional de notificação compulsória a partir de 2014. Referente à infecção por tuberculose na população em geral observou-se, de acordo com o Informe Epidemiológico: Tuberculose 2018, a detecção de 4774 novos casos em 2015 e 4589 novos casos em 2016 (RIO GRANDE DO SUL, 2018). Não foi localizado o número absoluto de novos casos nos boletins epidemiológicos anteriores.

6.3 CARACTERÍSTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BÁSICA PRISIONAL EM FUNCIONAMENTO NO RIO GRANDE DO SUL

Quanto ao tipo de estabelecimento prisional que possui EABp, observa-se que apenas 3 do total de 61 estabelecimentos prisionais⁶ com menos de 100 pessoas privadas de liberdade possuem equipe instalada. Dos 62 estabelecimentos com capacidade de 100 a 500 pessoas privadas de liberdade, quatro não possuem informação sobre o tipo de EABp instalada. O Presídio Estadual de Santo Cristo, com 103 pessoas em custódia penal, possui uma EABp, enquanto o previsto seria 1 EABp tipo 2. O Presídio Regional de Santa Cruz do Sul possui uma EABp tipo 3, enquanto o previsto seria tipo 2, havendo o acréscimo dos profissionais de saúde mental (Tabela3).

Tabela 3 – Tipo de EABp em funcionamento, número de pessoas privadas de liberdade em cada estabelecimento prisional e o número de equipes

Classificação populacional	Município	CRS	Estabelecimento prisional	Tipo de equipe	Número de equipes	Número de pessoas privadas de liberdade
0 a 100	Cacequi	4º	PE Cacequi	EABp 1	1	47
	São Vicente do Sul	4º	PE São Vicente do Sul	EABp 1	1	41
	Iraí	19º	PE Iraí	EABp 1	1	100
101 – 500	Caxias do Sul	5º	PR Caxias do Sul	EABp 2	1	500
	Charqueadas	2º	Penitenciária de Alta Segurança	EABp 2	1	201
	Charqueadas	2º	PE Charqueadas	EABp 2	1	477

⁶ SUSEPE, 2019. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=7. Acesso em 15 de jul.2019.

	Cruz Alta	9°	PE Cruz Alta	EABp 2	1	224
	Erechim	11°	PE Erechim	EABp 2	1	499
	Guaíba	2°	Penitenciária Feminina de Guaíba	EABp 2	1	336
	Guaporé	5°	PE Guaporé	EABp 2	1	134
	Lajeado	13°	PE Lajeado	EABp 2	1	424
	Porto Alegre	2°	Penitenciária Feminina Madre Pelletier		1	269
	Santa Cruz do Sul	13°	PE Santa Cruz do Sul	EABp 3	1	371
	Santa Rosa	14°	PE Santa Rosa	EABp 2	1	452
	Santo Cristo	14°	PE Santo Cristo	EABp 1	1	103
	São Gabriel	10°	PE São Gabriel	EABp 2	1	252
	São Luiz Gonzaga	12°	PE São Luiz Gonzaga	EABp 2	1	269
	Sobradinho	8°	PE Sobradinho		1	199
	Santa Vitória do Palmar	3°	PE Santa Vitória do Palmar		1	115
	Três Passos	19°	PE Três Passos		1	319
501 – 1200	Ijuí	14°	Penitenciária Modulada	EABp 2	1	673
	Pelotas	3°	Presídio Regional		1	1134
	Rio Grande	3°	PE Rio Grande	EABp 3	2	870
	Venâncio Aires	13°	PE Venâncio Aires	EABp 3	1	612
> 1200	Canoas	1°	Complexo Prisional de Canoas	EABp2	1	2465
	Charqueadas	2°	Penitenciária Modulada	EABp2	2	1240
	Charqueadas	2°	Penitenciária Estadual do Jacuí	EABp2	2	2601
	Montenegro	2°	Penitenciária Modulada	EABp2	2	1749
	Osório	18°	Penitenciária Modulada	EABp2		1531

	Porto Alegre	2º	Cadeia Pública	EABp2	3	4227
--	--------------	----	----------------	-------	---	------

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados fornecidos pela Divisão de Saúde (SUSEPE) e do Mapa Prisional⁷

Em relação aos quatro estabelecimentos prisionais com capacidade de 500 a 1200 pessoas, um não possui informação sobre o tipo de equipe instalada; a Penitenciária Estadual de Venâncio Aires está de acordo com a política; a Penitenciária Estadual de Rio Grande possui duas equipes tipo 3 implantadas, sendo que seria necessário apenas uma; e a Penitenciária Modulada de Ijuí possui uma EABp tipo 2, enquanto o recomendado seria uma equipe tipo 3.

Referente aos estabelecimentos com mais de 1200 pessoas custodiadas, dos seis estabelecimentos com equipes de saúde, um não possui informação sobre o tipo de equipe e os demais estão com o número de profissionais de saúde aquém do que prevê a política. O Complexo Prisional de Canoas apresenta 2465 homens privados de liberdade e apenas uma EABp tipo 2, com saúde mental instalada, enquanto o indicado seria duas equipes tipo 3 e uma tipo 1. A Penitenciária Modulada Estadual de Charqueadas possui duas EABp tipo 2 e, sem saúde mental para 1240 homens em custódia penal, enquanto o recomendável seria uma equipe tipo 3. A Penitenciária Estadual do Jacuí tem uma população prisional de 2601 homens privados de liberdade e duas EABp tipo 2, sem saúde mental, porém o indicado na política seriam duas equipes tipo 2 e uma equipe tipo 3. Situação semelhante possui a Penitenciária Modulada Estadual de Montenegro que apresenta duas EABp tipo 2 e o indicado para o número de pessoas privadas de liberdade daquele estabelecimento seriam duas equipes tipo 3. O estabelecimento mais populoso do RS, a Cadeia Pública de Porto Alegre, possui 4227 homens em privação de liberdade e três EABp tipo 2 instaladas, contudo o previsto seriam 4 equipes tipo 3 e uma tipo 2.

⁷ Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/capa.php>. Acesso em: 05 jul. 2019.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao analisar o perfil sócio demográfico das pessoas privadas de liberdade no RS e suas vulnerabilidades é possível, segundo Marden e Bueno (2015), vislumbrar com mais clareza os possíveis caminhos para a efetivação do direito à saúde. A massa carcerária do RS é constituída majoritariamente por homens jovens, com baixa escolaridade e alto índice de retorno ao sistema carcerário. Wacquant (2008) refere que a prisão, que tinha como objetivo o controle das populações desviantes, hoje estaria servindo como um depósito em massa para desempregados formados pela crise do *Welfare State* e as mudanças no mercado de trabalho. O autor observa, também, que a penalidade neoliberal é norteadada pelo paradoxo de remediar com “mais Estado” policial e penitenciário o “menos Estado” econômico e social.

Nos estabelecimentos com mais de 1200 custodiados, está a maior diferença entre as equipes implantadas e as previstas na PNAISP. Esse dado torna-se extremamente preocupante, pois de acordo com Freitas (2016) as condições estruturais dos presídios influenciam a saúde das pessoas privadas de liberdade, visto que, além da superlotação, normalmente há pouca iluminação e ventilação nos espaços e esse ambiente torna-se especialmente propício a alguns agravos como: a tuberculose, a pneumonia, a hepatite, as doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros.

Um dado relevante é o número reduzido de equipes de saúde mental: entre os estabelecimentos prisionais com mais de 1200 custodiados nenhuma das equipes são tipo 3. Toda EABp tipo 3 possui equipe de saúde mental, sendo discricionário do gestor municipal (Portaria Interministerial MS/MJ nº 01/2014 e Resoluções CIB nº 257/2011 e nº 453/2011) a pactuação nas equipes tipo 1 ou tipo 2. Conforme Ornell *et al.* (2016), é alto o índice de encarceramento dos usuários e dos dependentes de drogas e, além da alta prevalência de problemas respiratórios e doenças infectocontagiosas, é fundamental o tratamento com profissional de saúde mental, justificando a necessidade dessa pactuação.

Em relação ao número de equipes, embora a publicação da PNAISP tenha sido em janeiro de 2014, no RS já havia 24 EABp instaladas, pois, em 2010, a Resolução CIB/RS nº 54/2010 aumentou o valor do incentivo estadual de repasse aos municípios por equipe completa habilitada. No ano seguinte, 2011, a Resolução CIB/RS 257/2011 reorganizou o modelo de gestão de forma descentralizada ao nível da Atenção Básica e adotou a população do município como critério para repasse de recurso.

Referente aos agravos à saúde, como a infecção pelo HIV e pela tuberculose, pode-se observar um aumento significativo de casos de 2014 para 2015, ano em que houve a implementação de 10 EABp, passando assim, de 24 equipes, para 34. Tem-se como hipótese que, o aumento no número de consultas médicas pode estar relacionado com o maior registro no número de doenças infecciosas, pois facilitou o acesso da população prisional a serviços de saúde. Os óbitos decorrentes de problemas de saúde também sofreram uma redução significativa.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo geral de identificar como se encontra implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Rio Grande do Sul, observou-se, como primeiro objetivo específico, que o perfil sócio demográfico da população carcerária do estado constitui-se pela predominância de homens com idade entre 18 e 29 anos, com ensino fundamental incompleto e alta taxa de reincidência, que ocasiona diversas passagens pelo sistema carcerário (ingresso e saídas por fuga ou progressão de regime), corroborando com os dados referentes à população carcerária dos demais estados do Brasil (BRASIL, 2019).

Sobre a prevalência de tuberculose e HIV e o número de consultas, exames e testagens entre a população carcerária no período de 2014 a 2016, observou-se que houve um aumento significativo no número de consultas médicas dentro dos estabelecimentos prisionais e, conseqüentemente, maior detecção de novos casos de tuberculose e HIV. Além disso, observou-se significativa diminuição, a partir de 2015, no número de óbitos por agravos à saúde, dado possivelmente associado às novas pactuações para implantação de EABp entre os anos de 2014 e 2016.

Quanto à presença de equipes de Atenção Básica nos estabelecimentos prisionais do estado (terceiro objetivo específico), concluiu-se que o aumento de adesões à PNAISP foi significativo no primeiro ano após a sua publicação, pois dez novas EABp foram implementadas. Já em 2016, o aumento foi discreto, registrando apenas duas novas equipes pactuadas. Importante ressaltar que, como demonstrado pelos dados do estudo, as EABp parecem estar associadas à maior capacidade de diagnóstico de agravos à saúde prevalentes nessa população específica e à diminuição no número de óbitos em situações de saúde.

Com relação ao último objetivo específico, que compara o que foi preconizado na política com a situação atual, observa-se que, mesmo existido um descompasso entre a política e o real, a implementação das EABp afetou de forma positiva, embora ainda discreta, diretamente a saúde das pessoas privadas de liberdade. No entanto, resta a preocupação referente à situação sobre o atendimento em saúde mental que, conforme observado, parece ocupar um espaço de menor relevância aos gestores, considerando a ausência de equipes com profissionais para esse tipo de atendimento.

O Rio Grande do Sul avançou muito no que se refere à cobertura da Atenção Básica no ambiente prisional, possivelmente como resultado, tanto do financiamento estadual

complementar, quanto da publicação da PNAISP. Entretanto, o aumento crescente da população carcerária provoca o gestor a elaborar estratégias para incluir toda essa população dentro da lógica da Atenção Básica, pois, como se observou, são apenas 37 EABp, contemplando uma população de aproximadamente 22434 pessoas privadas de liberdade num universo que ultrapassa 42 mil pessoas encarceradas.

É fundamental considerar toda a vulnerabilidade dessa população a fim de estabelecer estratégias para diminuição dos agravos à saúde, colocando, também, a saúde mental na pauta da Atenção Básica no ambiente prisional. A PNAISP possibilita a inclusão na RAS, oportunizando o cuidado integral quando em progressão de regime e auxiliando na diminuição da reincidência.

Este estudo trouxe luz ao problema da Saúde Mental no Sistema Carcerário do RS, que, embora, seja pioneiro no co-financiamento da Atenção Básica prisional, negligencia a prevalência de transtornos mentais, entre eles o uso e abuso de substâncias, evidenciado pelo número reduzido de equipes com saúde mental habilitadas. Conforme Ornell *et al.* (2006), as prisões são locais propícios para o desenvolvimento de doença infectocontagiosas e de saúde mental, assim os gestores devem reiterar seus esforços para a pactuação de equipes de saúde mental, inclusive nas unidades já existentes.

O presente estudo apresenta como limitação a carência de dados públicos, que não acompanham a dinâmica crescente do encarceramento em massa, gerando a necessidade de novos estudos mais aprofundados. Além disso, a escassez de estudos sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional impede comparações aprofundadas sobre o tema.

REFERÊNCIAS

BARATTA, A. **Criminologia crítica e crítica do direito penal** – introdução à sociologia do direito penal. Rio de Janeiro: Revan, Instituto Carioca de Criminologia, 2002.

BOURDILLON, Paul; GONÇALVES, Crhistinne C. M.; PELISSARI, Daniele Maria; ARAKAKI-SANCHEZ; KO, Albert I.; CRODA, Julio; ANDREWS, Jason R. **Emerging Infectious Diseases**, v.23, n.3, p.496-499, 2017. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/23/3/16-1006_article. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 02 jul. 2019.

_____. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm. Acesso em: 15 mai. 2019.

_____. Ministério da Justiça. **Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014**. 2014a. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_25437433_RESOLUCAO_CONJUNTA_N_1_DE_15_DE_AB_RIL_DE_2014.aspx. Acesso em: 10 jul. 2019.

_____. Ministério da Justiça. **Resolução nº 1, de 10 de fevereiro de 2014**. 2014b. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_25303440_RESOLUCAO_N_1_DE_10_DE_FEVEREIRO_DE_2014.aspx. Acesso em: 10 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp>. Acesso em: 10 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Número de Equipes da Saúde da Família**. Disponível em: http://dados.gov.br/dataset/psf_equipes. Acesso em: 10 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS DE A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/legislacao_saude_sistema_prisional.pdf
. Acesso em: 10 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013**. 2013b. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html. Acesso em: 10 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014**. 2014e. Institui 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 01 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777_09_09_2003.html. Acesso em: 01 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014**. 2014f. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/123163-482.html>. Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 01 jul. 2019.

CARVALHO, Nathália Gomes Oliveira. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma análise sobre a evolução normativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.6, n.4, p.112-129, 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/434/493>. Acesso em: 01 jul. 2019.

COELHO, Harnoldo Colares; PERDONÁ, Gleici Castro; NEVES, Fátima Regina; PASSOS, Afonso Dinis Costa. Prevalência do HIV e fatores de risco em uma penitenciária brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2197-2204, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2019.

DEPEN. **Relatórios analíticos**. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-analiticos/RS/rs>. Acesso em 01 jun, 2019.

FREITAS, Rosane Souza; ZERMIANI, Thabata Cristy; NIEVOLA, Maiara Tauana; NASSER, Janaina Naumann; DITTERICH, Rafael Gomes. Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma análise do seu processo de formulação e implementação. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v.20, n.1, p.171-184, 2016.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Tuberculose nos presídios brasileiros é emergência de saúde e de direitos humanos, dizem especialistas**. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/tuberculose-nos-presidios-brasileiros-e-emergencia-de-saude-e-de-direitos-humanos-dizem-especialistas/>. Acesso em: 30 jun. 2019.

ORNEL, Felipe; PANICHI, Renata Maria Dotta; SCHERER, Juliana Nichterwitz; MODENA, Sonia Lucinda; CIN, Vanessa Dal; ZANINIF, Adriana Mokwa; HALPERN, Silvia Chwartzmann. Saúde e Cárcere: estruturação da atenção básica à saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. **Sistema Penal & Violência**, Porto Alegre, v.8, n.1, p.107-1212, 2006.

REIS, Cássia Barbosa; BERNARDES, Erica Bento. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3331-3338, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800032&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jul. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Agentes Comunitários de Saúde**. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/agentes-comunitarios-de-saude>. Acesso em: 02 jul. 2019a.

_____. Secretaria da Saúde. **Saúde Prisional**. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/saude-prisional>. Acesso em: 01 jul. 2019b.

_____. Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Presídios – Delegacias Penitenciárias**. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=7. Acesso em: 10 jul. 2019c.

_____. Secretaria da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2016**. Coleção ações em saúde. Série Boletim Epidemiológico. Disponível em: <http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Boletim-Epidemiologico-HIV-AIDS-2016.pdf>. Acesso em 01 jun, 2019.

_____. Secretaria da Saúde. **Informe epidemiológico: tuberculose 2018**. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201803/19134327-informe-epidemiologico-tuberculose-2018.pdf>. Acesso em: 01 jun, 2019.

SÁNCHEZ, Alexandra; LAROUZÉ, Bernard. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n.7, p.2071-2077, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n7/2071-2080/#>. Acesso em: 01 jul. 2019.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.7, p.1999-2010, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000701999&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2019.

SOUZA, Karinna Alves Amorim; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista; TELES, Sheila Araújo; RANGEL, Elaine Maria Leite; NERY, Inez Sampaio. Fatores associados à prevalência do vírus da imunodeficiência humana em população privada de liberdade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.51, e03274, p.1-9, 2017.

UFSC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA). Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. **Introdução ao curso**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

VALENÇA, Mariana Soares; POSSUELO, Lia Gonçalves; CEZAR-VAZ, Marta Regina; SILVA, Pedro Eduardo Almeida. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.7, p. 2147-2160, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702147&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2019.

VIEIRA NETO, L. F. **Políticas públicas no sistema prisional**. Belo Horizonte: CAED /UFMG, 2014.

WACQUANT, Loïc. O lugar da prisão na nova administração da pobreza. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n.80, p.9-19, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002008000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jul. 2019.

ANEXO 1 – Questionário enviado à Divisão de Saúde Prisional do Departamento de Tratamento Penal pela Central de Informação RS

Solicitação realizada em 11/03/2019

Número de protocolo da solicitação: 022175

1. Quantos estabelecimentos contam com unidades básicas prisionais. Quais são? Qual o número de pessoas privadas de liberdade em cada um deles?
2. Qual o tipo de equipe?
3. A equipe possui cadastro no CNES?
4. Quantos estabelecimentos contam apenas com enfermaria?
5. Como é feito o atendimento às pessoas privadas de liberdade nos estabelecimentos sem UBP ou enfermaria?
6. Como é realizado o planejamento em saúde em cada território?