



O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO CARCERÁRIA

THE BRAZILIAN PRISON SYSTEM AND PUBLIC HEALTH POLICIES FOR THE PRISON POPULATION

Ademir Santos da Silva¹

Elaine Cristina Pimentel da Costa²

Anderson Soares da Silva³

RESUMO: O estudo tem por objetivo analisar as estratégias de assistência em saúde e as políticas sociais voltadas à população carcerária brasileira. A pesquisa, de abordagem qualitativa, consiste em revisão bibliográfica narrativa, examinando relatórios formais do sistema prisional brasileiro e pesquisas estatísticas nacionais. O estudo indicou que, o poder público tem regulamentado ações no intuito de promover políticas públicas de saúde voltadas as pessoas encarceradas, incluindo cuidados médicos, farmacêuticos, psicossocial e odontológico, com fins de prevenção às doenças e agravos no contexto carcerário, como controle do HIV, tuberculose, hepatite e outros. Destaque para as referências do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema.

PALAVRAS-CHAVE: políticas públicas; assistência à saúde; população carcerária.

ABSTRACT: The study aims to analyze health care strategies and social policies aimed at the Brazilian prison population. The research, with a qualitative approach, consists of a narrative bibliographical review, examining formal reports on the Brazilian prison system and national statistical investigations. The study indicates that public authorities regulate non-intuitive

¹ Graduado Administração e em Direito pela Universidade Federal de Alagoas. Pós-Graduado em Gestão Penitenciária pela Universidade Estácio de Alagoas. Pesquisador do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica da Universidade Federal de Alagoas (PIBIC/UFAL) e integrante do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Políticas Penitenciárias (NEPP). Policial Penal. E-mail: ademirsanttos@hotmail.com

² Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestra em Sociologia pela Universidade Federal de Alagoas. Graduada em Direito pela Universidade Federal de Alagoas. Professora do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: elaine.pimentel@fda.ufal.br.

³ Graduado em Medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Pós-graduado em Gestão da Saúde pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Policial Penal do Estado de Alagoas. E-mail: soares.andersonsilva@gmail.com.

actions to promote public health policies aimed at incarcerated people, including medical, pharmaceutical, psychosocial and dental care, to prevent injuries and illnesses in the prison context, such as the control of HIV and tuberculosis. , hepatitis and others. Highlight the references of the National Health Plan in the Penitentiary System and the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty in the System.

KEYWORDS: public policy; health care; prison population.

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados fornecidos pelo Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional – SISDEPEN, instrumento de coleta de dados e análise estatística vinculado à Secretaria Nacional de Políticas Penais, datados de junho de 2022, no Brasil o quantitativo de pessoas em comprimento de pena restritiva de liberdade é de 644.305, comparado ao início da série no início dos anos 2000, o aumento da população carcerária foi de 173%.

Esse crescimento vertiginoso de pessoas encarceradas impacta diretamente nas políticas sociais e de assistência que devem ser ofertadas pelo Estado, responsável por suas custódias, conforme dispõe a Constituição Federal e a Lei de Execução Penal acerca dos direitos e garantias de pessoas em privação de liberdade. Tais direitos são condizentes com diversas assistências, como: educação, trabalho, cultura, assistência material, social, religiosa, esporte, lazer e convivência, bem como toda a assistência integral à saúde, que é prevista sob os aspectos do atendimento médico, farmacêutico e odontológico, com a possibilidade de inclusão do atendimento externo ligado à rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, quando não tiver suporte no estabelecimento prisional.

Assim, este texto recai sobre a temática das políticas de saúde, com foco na Lei de Execução Penal e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) datado de 2003, com seu desdobramento para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). O objetivo do estudo é analisar as estratégias de assistência em saúde e políticas sociais voltadas à população carcerária.

A estrutura do presente texto está dividida em três sessões: metodologia e métodos, que apresenta o percurso da pesquisa realizada; discussão, desenvolvimento da pesquisa, subdividida em três itens: um primeiro que apresenta o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, política de assistência à saúde da população carcerária. O segundo item aborda as estratégias de políticas sociais no sistema prisional brasileiro voltados não contexto da promoção e assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade. E o terceiro item aborda a Revista da ESMAL, Maceió, n. 09/2024: e21035.

execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; culmina o texto com as considerações finais, ressaltando a necessidade e imprescindibilidade das políticas públicas carcerárias.

2 METODOLOGIA E MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido no período de agosto a novembro de 2023, por meio de uma pesquisa de revisão bibliográfica narrativa, de natureza qualitativa descritiva, acerca das estratégias de assistência em saúde e políticas sociais voltadas à população carcerária. Segundo Feldens (1981) este tipo de metodologia “[...] pode ser considerada como uma pequena contribuição para a construção de uma teoria em determinada área [...]”, de modo a possibilitar organizar e justificar a compreensão de sua problemática, bem como ampliar o conhecimento na área pesquisada.

Foi realizada na pesquisa a coleta qualitativa de dados por meio da análise de materiais bibliográficos disponíveis em bases de dados acadêmicas, repositórios *online*, catálogo de plataformas governamentais, entre outros, examinando os diferentes tipos de materiais como: periódicos científicos, documentos, portarias e regulamentações acerca da assistência à saúde às pessoas privadas de liberdade no Brasil, além de relatórios formais do sistema prisional brasileiro e alagoano e das pesquisas estatísticas nacionais, com fins de análise da população alvo do referido estudo.

Para a seleção de fontes, foram usados alguns critérios de inclusão e exclusão de dados, como período de lançamento da obra analisada, em grau cronológico. Foram considerados apenas os periódicos nacionais, com títulos que abarcassem as palavras sistema penitenciário, políticas públicas, saúde e população carcerária.

Com relação à análise dos dados coletados, foi feita a extração das informações mais significativas por meio da leitura crítica e análise das fontes bibliográficas, para fins de identificação de tendências, temas e *insights* relevantes por meio da leitura atenta, dos resumos e fichamentos, a classificação e organização das leituras pelos tópicos e itens do trabalho, identificação de tendências e conexões, resguardando a integridade e a ética no processo produtivo.

3 DISCUSSÃO

Sabe-se que as políticas sociais de saúde são essenciais para garantia do acesso aos serviços de assistências adequados e a promoção do bem-estar físico e mental das pessoas privadas de liberdade, de modo que, a presente seção se predispõe a analisar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, como modelo de política pública para mitigar os agravos e danos, efeitos decorrentes da custódia de pessoas e do confinamento prisional.

Pondera-se, de igual forma a construção de políticas sociais de saúde no sistema prisional, tendo em vista a obrigação do poder público em programar ações que envolvam diversos atores sociais e políticos que atuem na promoção de proteção social e desenvolvimento socioeconômico dos sujeitos que integram a execução penal.

E, por fim, têm-se a análise da operacionalização e execução da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

3.1 ENTENDENDO O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

A Carta Magna brasileira declara, em seu art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que por meio de políticas sociais e econômicas deve garantir a assistência e o cuidado à saúde, para fins de mitigar os riscos de doenças e seus agravos, estabelecendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços. O contexto da privação de liberdade não exclui o direito e garantia constitucional ao cuidado à saúde. E, por sua vez, a Lei de nº 7.210, de julho de 1984, que institui a Lei de Execução Penal, referencia em seu art. 14, que “a assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”. (Brasil. LEP, 1984).

Por sua vez, o tratado internacional de direitos humanos, Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, as Regras de Mandela, de maio de 2015, assegura em sua regra 24 que:

Regra 24: 1. O provimento de serviços médicos para os presos é uma responsabilidade do Estado. Os presos devem usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade, e os serviços de saúde necessários devem ser gratuitos, sem discriminação motivada pela sua situação jurídica.

2. Os serviços de saúde serão organizados conjuntamente com a administração geral da saúde pública e de forma a garantir a continuidade do tratamento e da assistência, inclusive nos casos de HIV, tuberculose e outras doenças infecciosas, abrangendo também a dependência às drogas (Conselho Nacional de Justiça, 2016, p. 25).

Embora haja toda uma previsão legal acerca das garantias fundamentais da população carcerária, a realidade se mostra diferente, apresentando uma grave situação em que se

configuram práticas de violência, muitas delas estatais, o que se soma à precariedade de espaço físico e de cuidados à saúde. Dessa forma, as ações de atenção à saúde têm se concentrado “sob ótica reducionista, na medida em que as ações desenvolvidas limitam-se àquelas voltadas para DST/AIDS, redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e imunizações [...]. Mesmo quando existem outras demandas que necessitam de intervenção, como: “[...] tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população brasileira [...]” (Brasil. Ministério da Saúde, 2005, p. 9).

Assim, reconhecendo esta deficiência, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Justiça, com base na lógica da atenção integral à saúde, desenvolvida com base nos princípios do SUS, desenvolveu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP), que propõe uma articulação entre as Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça, Secretarias Municipais de SAÚDE, como iniciativas intersetoriais para construção de política pública conjunta. Tal iniciativa é relevante, por se tratar de uma “[...] política de saúde específica, que possibilita o acesso a ações e serviços de saúde que visam a reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão no SUS” (Brasil. Ministério da Saúde, 2005).

O PNSSP foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, que regulamenta a assistência à saúde no sistema penitenciário, com base nas diretrizes e princípios de atendimento do SUS, para fins de promoção da atenção integral à saúde da população carcerária nacional, frente à necessidade extrema de cuidados deste público-alvo e para estabelecer maior controle dos agravos mais frequentes que acometem os apenados, considerando: a promoção da saúde e prevenção de doenças no ambiente prisional, a realização de levantamento e estudos epidemiológicos da população carcerária, e, a necessidade de formular propostas para viabilizar a atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil.

Os valores e princípios seguidos pelo PNSSP são: ética, no compromisso, na honra, integridade e credibilidade; justiça, dispensar a cada um os seus direitos; cidadania, que abranjam os direitos civis, políticos, sociais e republicanos; direitos humanos, vivência sem discriminações, violência ou privações; equidade, reconhecer a diferença individual das pessoas, e outros.

E suas diretrizes 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; Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania; Estimular o efetivo exercício do controle social (Brasil. Ministério da Saúde, 2005 p. 14).

Para efetividade do PNSSP, 70% de suas ações são financiadas pelo Ministério da Saúde e os 30% restantes complementados pelo Ministério da Justiça. E a forma de gestão, no âmbito federal, se dá pelo Ministério da Saúde e, quanto à operacionalidade do plano no âmbito estadual, são de responsabilidade dos gestores estaduais de saúde e de justiça e dos gestores municipais (Brasil. Ministério da Saúde, 2005).

Sua equipe atua de forma articulada às redes de assistência de saúde, com funções de: planejamento de ações, promoção de saúde e vigilância e trabalho interdisciplinar. As equipes multidisciplinares, nas unidades prisionais com mais de 100 (cem) presos, são compostas por uma equipe técnica mínima, que suporte o atendimento de até 500 (quinhentos) apenados, com jornada de trabalho de 20 horas semanais, integradas por: médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. E para os estabelecimentos prisionais com menos de 100 presos, a equipe não será exclusiva (Brasil. Ministério da Saúde, 2005).

Acerca das ações previstas no PNSSP, podem ser incluídas: a) controle de tuberculose, com busca ativa de casos, tratamento e prevenção dos sádios; controle de hipertensão e diabetes, com promoção de assistência à saúde, com fins de acompanhamento clínico e fomento a hábitos saudáveis; dermatologia sanitária e prevenção a hanseníase, com busca ativa de casos, diagnóstico clínico, cadastramento de portadores da doença e tratamento; saúde bucal, com orientação sobre higienização, consulta odontológica, aplicação terapêutica de flúor, controle bacteriano, escoriação e outros tratamentos; saúde da mulher, com realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama; terapias individuais e de grupo; diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/AIDS; atenção em saúde mental; programas de imunizações e aquisição de medicamentos e outros.

3.2 POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

O conceito de políticas públicas pode ser compreendido como a responsabilidade do Estado para implementar e manter ações que envolvam órgãos públicos e diversos organismos

e agentes da sociedade que estejam relacionados à política em comento, que não se restringe a políticas estatais. Segundo Höfling (2001, p. 31), são:

[...] ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. As políticas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais.

Dessa forma, existe uma relação próxima entre sociedade e Estado e as formas de construção das políticas sociais, dado que o grau de distanciamento ou aproximação dos canais de comunicação interferem no processo de organização e construção das ações políticas, pois o poder de pressão, organização e articulação de diversos grupos sociais com suas demandas e reivindicações pode ampliar direitos sociais ou incorporar diversos valores no exercício da cidadania. E no contexto neoliberalista, ações sociais e estratégias de governo implicam, de alguma forma, na construção de políticas compensatórias para grupos que, por falta de capacidade e escolhas individuais, não integram o progresso social (Höfling, 2001).

Ressalte-se que, no contexto prisional, estas políticas sociais nunca foram adotadas de forma adequada, pois sempre são utilizadas em favor de ações repressivas, sem cunho de reintegração social, havendo um desacordo entre políticas sociais e políticas prisionais, o que na prática, é refletido no discurso contra os princípios dos direitos humanos e no reforço da ideia da perda da condição de humanidade dos condenados, criminosos apontados como desviantes e perigosos. Ignora-se o fato de que os apenados, na Constituição Federal, no Código Penal e na Lei de Execução Penal, têm garantidos o respeito a suas condições de cidadãos, devendo ser respeitados todos os direitos não atingidos pela privação de liberdade, com garantias a preservação de suas integridades físicas e morais (Lermen *et al*, 2015).

As políticas de saúde voltadas à população carcerária, de acordo com o documento Gestão da Política Prisional do Conselho Nacional de Justiça (Melo, 2016), podem ser classificadas em seis grandes áreas: ações preventivas e identificação de doenças pré-existentes e de uso abusivo de álcool/drogas; atenção básica e especializada; atendimento de urgência e emergência; saúde da mulher; saúde mental, e; saúde física e mental dos servidores penitenciários. É evidenciada a natureza dessa assistência à saúde no âmbito da execução penal, de caráter público e que observe a gratuidade do serviço, o acesso irrestrito e os direitos estendidos a todos, sem exceção, que se encontrem sob custódia do Estado, e este atendimento à saúde:

Carvalho (2017) afirmam que as políticas de saúde se apresentam como resposta de determinada organização à sociedade com a oferta de produção, gestão e regulação de bens e serviços em prol da saúde de determinado segmento social, envolvendo estudos acerca da função do Estado, sua relação com a sociedade, as condições de saúde de determinada população, com efetivação de propostas e ações públicas, considerando os aspectos políticos, econômicos, sociais, de controle social, economia da saúde e financiamento.

No contexto prisional, os agravos em saúde são vivenciados de maneira potencializada em decorrência das condições precárias de higienização, superlotação, que demandam políticas públicas interdisciplinares e transversais, somadas aos índices de aumento do encarceramento e de desigualdades sociais apresentados no ambiente prisional. Tudo isso aponta para um quadro complexo e dificultoso para os gestores penitenciários. Embora tenha o Estado desenvolvido “[...] políticas públicas direcionadas especificamente para essa população que foi objeto de análise em investigação desenvolvida para tal fim, quais sejam: o PNSSP, de 2003 e a PNAISP, de 2014” (Carvalho, 2017, p. 116) cuja intenção foi garantir que a população carcerária tenha acesso aos cuidados de saúde de forma digna com respeito aos direitos humanos.

Após uma década de avaliação do PNSSP, a autora supramencionada que o Estado verificou a necessidade de se ampliar o cuidado com a saúde carcerária, de modo a ampliar as ações para todo o itinerário prisional⁴ e as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, sendo lançado com a Portaria Interministerial nº 1, de janeiro de 2014, a chamada Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que se relaciona a três eixos: a falta de vagas no sistema prisional; a gestão prisional e o tratamento do apenado, com fins de reintegração social e apoio ao egresso, e; diminuição do índice de encarceramento e a busca por alternativas penais.

Com a PNAISP as unidades prisionais se transformam em “portas de entrada” e “ponto de atenção” da Rede de Atenção à Saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde, que integrarão equipes de atenção básica prisional (EABP), que pautarão o atendimento em,

[...] prevenção de agravos, tratamento e seguimento, permitindo que essa população, mediante regulação do SUS, tenha acesso aos serviços de urgências e emergências, à atenção especializada e hospitalar na rede extramuros, sempre que houver necessidade de atenção de maior complexidade (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p. 9).

⁴ “Entendemos por sistema prisional todo o itinerário carcerário, desde o momento da detenção do cidadão e sua condução para um estabelecimento policial até a finalização do cumprimento da pena. Entendem-se ainda por pessoa privada de liberdade no sistema prisional os indivíduos maiores de 18 anos custodiados em unidades prisionais (excluem-se os tutelados pelo Sistema Nacional Socioeducativo - Sinase)” (Brasil. Ministério da Saúde e da Justiça, 2014).

No que concerne às políticas aplicadas no Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional, com as ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, Carvalho (2017) elaborou um quadro comparativo:

Figura 1: Comparativo entre as Ações do PNSSP e a PNAISP

PNSSP	PNAISP
Aprova o Plano Nacional destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas (art. 1º), não contemplando a totalidade do itinerário carcerário.	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) (art. 1º). Amplia o rol de beneficiários. As pessoas que se encontram sob custódia do Estado inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança (art. 7º), os trabalhadores em serviços penais, os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade serão envolvidos em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da Política (art. 8º).
Nas unidades prisionais com até 100 presos, o atendimento será realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. Nas unidades prisionais acima de 100 presos, a implementação de equipes de saúde leva em consideração uma equipe para até 500 presos (art. 8º).	A oferta de ações de saúde especializada em serviços de saúde localizados em complexos penitenciários e/ou unidades prisionais com população superior a 1.000 (mil) pessoas privadas de liberdade será regulamentada por ato específico do Ministro de Estado da Saúde (art. 9º, § único).
A adesão ao Plano se dá com a formulação do Plano Operativo Estadual, na forma do Anexo II da Portaria instituidora (art. 2º). Caso o Município assuma a gestão, deverá constar do Plano. Após, encaminha-se para credenciamento, mediante Termo de Adesão. O município só pode pactuar se o Estado tiver pactuado (art. 2º, §2º).	A adesão à Política ocorrerá por meio da pactuação do Estado e do Distrito Federal com a União, sendo observados os seguintes critérios constantes do art. 13.
O financiamento das ações de saúde deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça das esferas de governo. (art. 4º), cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% do recurso e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% do recurso (art. 5º).	Não há mais a previsão de incentivo em porcentagens entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça. Nos termos da Política, as fontes são compartilhadas e proveem dos entes da Federação, do Ministério da Saúde e da Justiça.
O Ministério da Justiça aloca recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde das unidades prisionais (art. 6º)	A competência passou a ser compartilhada com o Ministério da Saúde (art. 15, inciso I, alínea n).
A unidade ou serviço executor das ações deverá desenvolver um elenco de procedimentos necessários ao atendimento no nível da atenção básica e do mínimo da assistência no nível da média complexidade, conforme NOAS/MS.	A oferta das ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde (art. 9º, II).

Fonte: Carvalho, 2017.

A PNAISP integra diretrizes gerais como: integralidade, com atenção integral à saúde a todos; a intersetorialidade, com ações amplas e no âmbito do SUS, por meio de parceria com setores governamentais e não governamentais; descentralização, envolvendo os três níveis governamentais; hierarquização, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde do SUS e

sua rede hierarquizada e regionalizada; humanização, com práticas que se fundamentem no princípio da humanização, que reforcem o caráter da atenção à saúde como direito do usuário (Brasil. Ministério da Saúde, 2014).

3.3 OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

A operacionalização da Política PNAISP fica sob responsabilidade dos entes federais, estaduais e municipais, representados pelos Ministérios da Saúde e da Justiça e Segurança Pública, pelas Secretarias de Saúde e de Justiça dos estados e do Distrito Federal, bem como seus congêneres nos municípios. E o financiamento será por aporte federal, por meio de repasse de recurso pelo Fundo Nacional de Saúde e por participação estadual e municipal, na razão de 20% do valor repassado nacionalmente, vinculado ao credenciamento de Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP).

Consoante à Portaria Interministerial nº 1, de janeiro de 2014, que institui a PNAISP no âmbito do Sistema Único de Saúde, seu art. 3º dispõe como princípios:

- I - respeito aos direitos humanos e à justiça social;
- II - integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;
- III - equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;
- IV - promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas;
- V - corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e
- VI - valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (Brasil. Ministério da Saúde e da Justiça, 2014).

E com relação às diretrizes seguidas pela normatização, pode se pontuar em seu art. 4º:

- I - promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança;
- II - atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional;
- IV - respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômicosociais, às práticas e concepções

culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero;
e

V - intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde (Brasil. Ministério da Saúde e da Justiça, 2014).

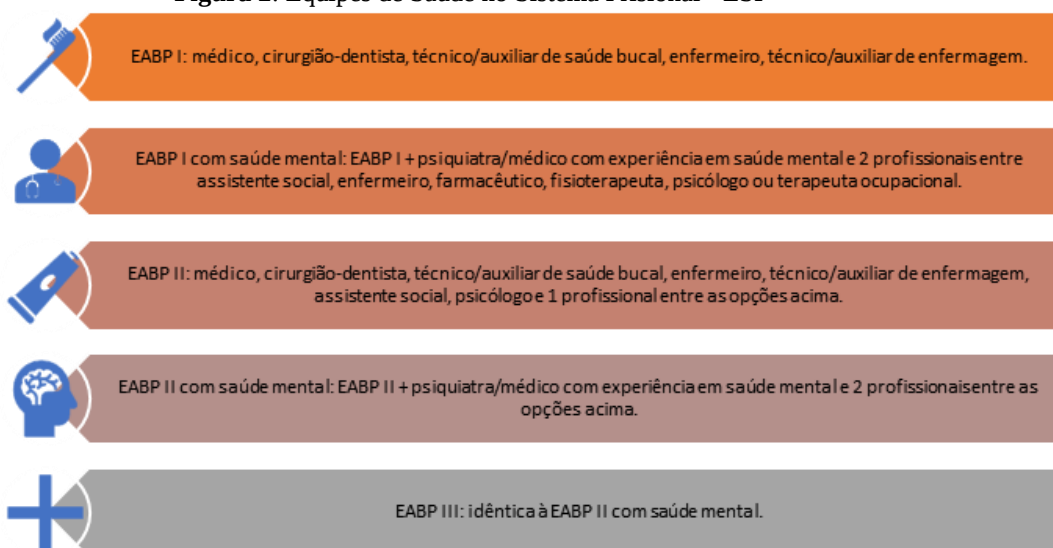
A Portaria Interministerial nº 1/2014 reafirma o compromisso do poder público para com as Pessoas Privada de Liberdade, com foco no público maior de dezoito anos, que esteja sob custódia do Estado, em caráter provisório ou em cumprimento de sentença condenatória para pena privativa de liberdade ou medida de segurança, com serviços realizados por equipe multidisciplinar, sendo os serviços de saúde ofertados internamente nas unidades prisionais, que serão estruturadas como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, devidamente cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), havendo uma pactuação do ente federativo com a União (Brasil. Ministério da Saúde, 2023a).

Para cumprimento de seu objetivo, qual seja, “garantir o acesso das Pessoas Privadas de Liberdade ao cuidado integral no SUS, a PNAISP direcionará duas formas de atendimento: na atenção primária⁵ integrando as Equipes de Saúde do Sistema Prisional (ESP) e Atenção Especializada⁶, integrada a Rede de Atenção à Saúde (RAS)”.

A base do atendimento ao apenado é com a entrada do apenado no itinerário carcerário, que em regra acontece pelas delegacias de polícia, distritos policiais, cadeias públicas ou centros de detenção provisória, com ações de diagnósticos prévios de doenças, considerando as infectocontagiosas, visando ações para promoção à saúde e prevenção de agravos, por meio de protocolos clínicos, coleta de exames laboratoriais e imunização. “Essas ações devem ser registradas pela equipe multiprofissional de saúde no prontuário de cada pessoa privada de liberdade. Esta deverá ter acesso ao seu prontuário sempre que desejar e, em especial, na sua saída do sistema prisional [...]” (Brasil. Ministério da Justiça, 2014, p. 9).

⁵ “Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza 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 positivamente na situação de saúde das coletividades” (Brasil. Ministério da Saúde, 2023a).

⁶ Serviço de referências no atendimento de urgência e emergência, atenção hospitalar, domiciliar e segurança do paciente. Serviços mais complexos que acontecem no âmbito do SUS, que vão além da atenção básica e incluem estrutura para atendimento a demandas e procedimentos ambulatoriais e hospitalares (Brasil. Ministério da Saúde, 2023a).

Figura 2: Equipes de Saúde no Sistema Prisional - ESP

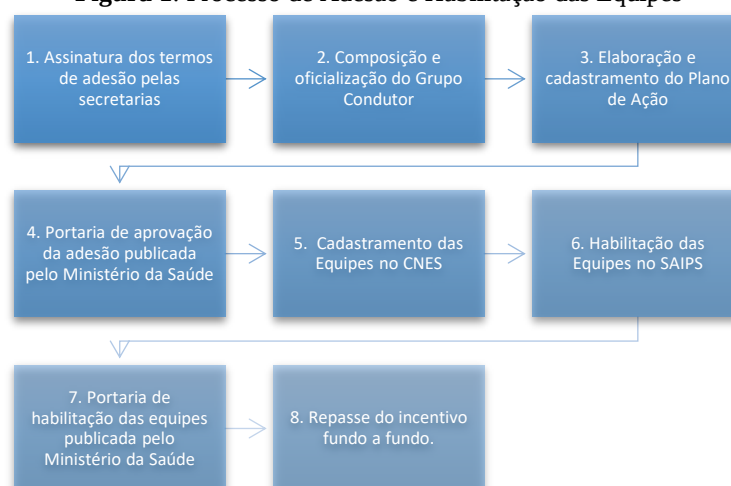
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2023a.

Para o financiamento dos serviços de saúde, a Portaria GM/MS nº 482/2014, que regula a operacionalização da PNAISP no SUS, define o incentivo financeiro de seu custeio da seguinte forma:

- a) EABP I: R\$ 3.957,00 + acréscimos pela taxa da população prisional e GH.
- b) EABP I SM: R\$ 6.790,00 + acréscimos pela taxa da população prisional e GH.
- c) EABP II: R\$ 19.191,65 + acréscimos pela taxa da população prisional e GH.
- d) EABP II SM: R\$ 28.633,31 + acréscimos pela taxa da população prisional e GH.
- e) EABP III: R\$ 42.949,96 + acréscimos pela taxa da população prisional e GH (Brasil. Ministério da Saúde, 2023a).

E quanto à cobertura das equipes, foi definida a seguinte estruturação: EABP I / EABP I SM: até 100 custodiados, com 06 horas de trabalho semanal, EABP II / EABP II SM: 101 até 500 custodiados, com 20 horas de trabalho semanal e EABP III: 501 até 1200 custodiados, com 30 horas de trabalho semanal. O processo de adesão acontece com o compromisso político dos entes federativos e o governo federal, com a formalização de um plano de ação estadual para assistência aos PPL's e a habilitação das equipes acontece com o requerimento via Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), que deverão ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil. Ministério da Saúde, 2023a).

Considerando as etapas de adesão dos estados à PNAISP, pode se seguir o fluxo abaixo:

Figura 1: Processo de Adesão e Habilitação das Equipes

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde e da Justiça, 2014.

Merece destaque que, embora não seja de natureza compulsória a adesão a PNAISP, sua adoção garante o respeito a uma gestão prisional adequada, que observe os direitos e garantias das pessoas privadas de liberdade e seus direitos humanos no âmbito carcerário, sendo o cuidado à saúde, uma responsabilidade não apenas da União, mas de todos os órgãos que compõem o sistema penitenciário, primordialmente os entes federativos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto do sistema prisional envolve diversos desafios, primordialmente no que diz respeito ao cuidado com a saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, uma vez que a responsabilidade do Estado é de assistência integral, sendo um direito fundamental e reconhecido constitucionalmente. Assim, a gestão prisional perpassa a sistemática de políticas públicas, com ações que abranjam a população prisional, sob a perspectiva de respeito à dignidade humana no cárcere e ofertar o acesso amplo a cuidados médicos, farmacêuticos, psicossocial e odontológico, com fins de prevenção às doenças e agravos que são comuns no ambiente de reclusão.

De modo que essas políticas públicas possam envolver atendimento de saúde adequado aos detentos, com serviços como: atendimento médico e de enfermagem de forma regular; cuidado com a saúde mental, com apoio psicológico, psiquiátrico e medicamentoso; prevenção e tratamento de doenças infecciosas, como o controle do HIV, tuberculose, hepatite e outras; programas de prevenção, com ações educativas com informações sobre doenças e agravos,

prevenção, tratamento, hábitos saudáveis, redução de danos e uso de drogas; programas de tratamento a dependência química, drogas e alcoolismo; acesso amplo a medicamentos.

Merece destaque a implantação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional e as ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, que definiram competências para a gestão da saúde no sistema prisional e garantia ampla assistência médica aos presos, com organização dos serviços e transformando as unidades prisionais em ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Por essa via, a promoção à saúde no sistema prisional brasileiro consolida, normativamente, o que preceitua a Constituição Federal ao tutelar a dignidade humana de todas as pessoas, o que deve envolver a comunidade carcerária, com atenção ao direito fundamental à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da saúde, [2023a]. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Comissoes/CSP/ENCONTROS_2019/APRESENTA%C3%87%C3%95ES_-_SISTEMA/Apresenta%C3%A7%C3%A3o_PNAISP_-_AGO_2019_CNMP.pdf. Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **O que é atenção primária?** Brasília, [2023b]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria>. Acesso em: 21 jul. 2023.

BRASIL. Ministérios da Saúde e da Justiça. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº. 1, de 02 de janeiro de 2014**. 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). [S. l], 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2. Ed. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 19 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2024.

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**, v. 6, n. 4, p. 112-129, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/434/493>. Acesso em: 19 jan. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Regras de Mandela**: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos. Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a9426e51735a4d0d8501f06a4ba8b4de.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2024.

FELDENS, Maria das Graças Furtado. Os propósitos da revisão de literatura e o desenvolvimento da pesquisa educacional. **Ciência e Cultura**, v. 33, n.9, p.1197-1199, 1981.

HÖFLING, ELOISA DE MATTOS. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/pqNtQNWnT6B98Lgipc5YsHq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jan. 2024.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zJDxMf6BFhqhN5NX5DmjptH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jan. 2024.

MELO, Felipe Athayde Lins de. **Modelo de Gestão para a Política Prisional**. Brasília: Ministério da Justiça, 2016. Disponível em: https://www.cnmmp.mp.br/portal/images/Comissoes/CSP/Semin%C3%A1rio_Internacional_de_Execu%C3%A7%C3%A3o_Penal_-_2018/V_-_MODELO_DE_GEST%C3%83O_PARA_A_POL%C3%8DTICA_PRISIONAL.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.