

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE PROVISÓRIA: ANÁLISE DA EFETIVIDADE DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Mignum de Andrade Batista¹
Janieiry Lima de Araújo²
Ellany Gurgel Cosme do Nascimento³

BATISTA, M. de A.; ARAÚJO, J. L. de; NASCIMENTO, E. G. C. do. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 71-80, maio/ago. 2019.

RESUMO: O Brasil apresenta a terceira maior população carcerária do mundo com 726.712 pessoas encarceradas. Verifica-se um déficit de 358.663 vagas no sistema prisional. A Constituição Brasileira de 1988 garante o direito à saúde as pessoas privadas de liberdade. Como estratégia para efetivar ações de saúde no âmbito prisional, em 2003, foi instituído o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário no SUS. Durante 10 anos a sua execução buscou garantir cuidado de saúde à população carcerária. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. O objetivo principal foi compreender a assistência à saúde das pessoas residentes no CDP, na cidade de Pau dos Ferros/RN/Brasil. Participaram da pesquisa profissionais de saúde (n=4) e da justiça (n=9). Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, que após transcrição foram analisadas e interpretadas pelo método da Análise Temática. Ao final, quatro categorias emergiram: Conhecimento dos Trabalhadores da Saúde e da Justiça sobre a garantia da Saúde no Sistema Prisional. As ações de saúde realizadas para atender as necessidades e problemas das pessoas privadas de liberdade. O diálogo entre as instituições de saúde e da justiça no sentido de garantir o direito à saúde. A efetivação do direito à saúde no sistema prisional: limites e possibilidades. O estudo demonstrou o quanto é carente a assistência em saúde aos homens em situação de detenção provisória e, como é cogente a aplicação na prática dos princípios do SUS, somente assim, há de se conquistar a quimera que é o diálogo entre a saúde e a justiça para a real operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde Prisional, resultando assim numa melhoria da situação de saúde vivenciada no sistema prisional.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde. Populações vulneráveis. Assistência à Saúde. Prisões.

HEALTH ASSISTANCE FOR IMPRISONED PEOPLE: ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF THE NATIONAL HEALTH PLAN FOR THE PENITENTIARY SYSTEM

ABSTRACT: Brazil has the third largest prison population in the world with 726,712 people incarcerated. There is a deficit of 358,663 places in the prison system. The Brazilian 1988 Federal Constitution guarantees the right to health to persons deprived of their freedom. As a strategy to implement health actions in prison, in 2003, the National Health Plan of the Penitentiary System in the Single Health System was established. For 10 years, its execution sought to guarantee health care to the imprisoned population. This study presents a descriptive, exploratory qualitative research, where the main objective was to understand the health care provided to people living in CDP, in the city of Pau dos Ferros in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. Health professionals (n = 4) and justice professionals (n = 9) participated in the research. A semi-structured interview was used as a data collection instrument, which, after transcription, was analyzed and interpreted by the Thematic Analysis method. In the end, four categories emerged: Knowledge of Health and Justice Professionals about Health Care in the Prison System. Health actions taken to address the needs and problems of persons deprived of their freedom. Dialogue between health and justice institutions in order to guarantee the right to health. The right to health accomplishment in the prison system: limits and possibilities. The study demonstrated the lack of health care for men in custody and, as the practical application of the SUS principles is required, it is the only way to conquer the chimera that is the dialogue between health and justice for the real operationalization of the National Policy of Integral Prison Health Care resulting in an improvement of the health situation experienced within the prison system.

KEYWORDS: Health policy. Vulnerable populations. Health care. Prisons.

Introdução

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) o Brasil apresenta a terceira população carcerária do mundo com 726.712 pessoas privadas de liberdade, ficando atrás da China (2º) e dos Estados Unidos da América (1º). O computo das prisões domiciliares fez com que o país ultrapassasse a Rússia no transcurso de dois anos. Apesar do significativo crescimento dessa população verifica-se um déficit de 358.663 vagas no sistema prisional brasileiro. Esses dados evidenciam que as condições necessárias para abrigar homens e mulheres privados de liberdade

não foram criadas pelo Estado diante do fenômeno do encarceramento de massas, o que gerou duras críticas da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre o desrespeito aos direitos humanos no país em suas prisões (BRASIL, 2017).

Todavia, não somente isso coloca o Brasil nesta situação perante o mundo. O sistema prisional brasileiro vive uma crise cujos determinantes são multifatoriais e complexos. Além da violência intramuros das prisões, outros traços marcantes, como preconceito social direcionado àqueles homens e mulheres que cometem crime; a superlotação na carceragem, motivada pelo deficitário número de vagas; a falta de infraestrutura e de recursos humanos especializados;

DOI: 10.25110/arqsaude.v23i2.2019.6125

¹Enfermeiro, Graduado pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) no Campus Avançado Profa. Maria Elisa de Albuquerque Maia (CAMEAM).

²Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE), Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) no Campus Avançado Profa. Maria Elisa de Albuquerque Maia (CAMEAM).

³Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde (UFRN), Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade (UERN).

a não garantia dos direitos humanos e sociais aos apenados; a leniência do trâmite judicial em relação a execução penal agrava o quadro. As ações governamentais implementadas não se mostram eficazes no sentido de resolver a problemática e, por vezes, se restringem a construção de novas unidades prisionais, o que inevitavelmente diminui o déficit de vagas, mas, não promove mudanças na realidade carcerária, o combate ao crime e sua reincidência (BRASIL, 2017).

O perfil sociodemográfico da população prisional reflete a desigualdade social e econômica do povo brasileiro. Questões de gênero, classe social, escolaridade e raça intrínsecas à realidade histórica e cultural do país são transferidas para as prisões.

Mais da metade da população carcerária do Brasil é composta por homens jovens de 18 a 29 anos, sendo que 64% são negros. Existem 45.989 mulheres presas, cerca de 5% do total da população apenada. Entre os anos de 2000 e 2014 registrou-se um aumento de mais de 567% no quantitativo de mulheres vivendo no cárcere. Dessas prisões, 62% estão relacionadas ao tráfico de drogas, pois muitas dessas mulheres são levadas ao mundo do crime por seus parceiros, trazendo o “amor bandido” ao debate para compreender o encarceramento feminino (BASSANI, 2010).

Quanto à escolaridade, 75% da população prisional não adentrou no Ensino Médio, menos de 1% possui Ensino Superior de graduação. As tipificações dos crimes, diferentemente do que povoa o imaginário popular, que este grupo populacional é composto por homens e mulheres perigosos que cometeram crimes gravíssimos, as prisões estão relacionadas aos roubos e furtos (37%), tráfico de drogas (25%) e homicídios (11%). Ainda, tem-se que 4.804 pessoas estão presas por violência doméstica e outras 1.556 por sequestro e cárcere privado. Crimes contra a dignidade sexual levaram 25.821 pessoas às prisões brasileiras, sendo que 11.539 respondem por estupro e outras 6.062 por estupro de vulnerável (BRASIL, 2017).

No plano jurídico, cabe à Lei nº 7.210/84 instituir a Execução Penal no Brasil cujo objetivo é efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica (re)integração social do condenado e do internado. Portanto, cabe ao Estado prover a assistência material, de saúde, jurídica, educacional, social e religiosa ao cidadão privado de liberdade. A garantia desses direitos constitucionais visa a prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade do apenado (BRASIL, 1984).

No campo da produção do conhecimento nacional ainda são escassas as pesquisas e publicações na área de saúde/saúde coletiva cujo objeto de estudo seja atrelado à saúde das populações privadas de liberdade (GÓIS *et al*, 2012).

A Constituição Brasileira de 1988 considera os indivíduos privados da liberdade portadores de direitos humanos e sociais. Entretanto, no âmbito da sociedade ganha força a ideia que é aceitável a retirada desses direitos, incluído o direito à saúde. Ao negar direitos ou a aceitar o não cuidado de saúde a essa população, possivelmente naturalizaremos a dupla penalização pelo crime cometido, ou seja, a prisão em si com todas as suas mazelas e estigmas e o lamentável estado de saúde que o apenado adquire durante a sua permanência no cárcere (ASSIS, 2007; BRASIL, 1988).

No sentido de garantir o direito à saúde da população carcerária no Brasil foi criada a Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), mediante a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) integrando as unidades de saúde prisional no âmbito da atenção básica à Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014).

A PNAISP foi idealizada após evidenciar o esgotamento do modelo anterior de assistência à saúde prisional desenvolvida pelo Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), que após 10 anos de execução se mostrou como uma estratégia insuficiente para atender as necessidades e complexidades do processo saúde-doença no itinerário carcerário brasileiro (BRASIL, 2014; BRASIL, 2010).

Desse modo, cabe à Atenção Básica à Saúde (ABS) garantir atendimento integral à saúde primária nos estabelecimentos pertencentes ao sistema prisional, referenciando os usuários quando diagnosticada sua necessidade de saúde para a média e alta complexidade, seguindo a lógica operativa da rede regionalizada de estabelecimentos e serviços de saúde disponibilizados nos estados e municípios. Contudo, as ações e metas estabelecidas pela PNAISP ainda carecem de efetividade por parte dos gestores, profissionais de saúde e agentes da justiça, que ao assumirem o caráter intersetorial da política poderão garantir a pessoa privada de liberdade o direito à saúde integral (BRASIL, 2014).

Diante do exposto, tem-se como objeto de estudo a análise da assistência efetivada pelas ações inerentes ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário a população privada de liberdade residente no Centro de Detenção Provisória (CDP) de Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte.

Para compreender a assistência à saúde prestada, esta pesquisa buscou responder aos seguintes questionamentos:

- Que estratégias são tomadas pelos agentes responsáveis (saúde e justiça) no sentido de garantir o direito à saúde?

- Como a população privada de liberdade em caráter provisório é assistida quando necessita de atendimento de modo a suprir suas necessidades e/ou a resolução de um problema de saúde?

- Que ações são desenvolvidas para a garantia do direito à saúde aos indivíduos residentes neste CDP?

A efetivação do direito à saúde no sistema prisional depende de como o processo de gestão em saúde local está organizado no sentido de atender suas demandas, e, também, de que modo a intersetorialidade está ocorrendo entre as instituições responsáveis por sua execução. Asseverar a saúde aos homens privados de liberdade requer interesse de todos, necessita que os agentes da justiça dialoguem abertamente com os agentes da saúde com o propósito de modificar o processo saúde-doença no ambiente prisional (BARSAGLINI *et al*, 2015).

Historicamente, a atenção à saúde nas prisões brasileiras vem sendo tratada sob a ótica reducionista e curativista do cuidado de saúde. Pois, as ações concretas mediante a efetivação das ações do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário desenvolvidas no período de sua aplicação, foram:

[...] àquelas voltadas para DST/AIDS, redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas

e imunizações, apesar dos altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população brasileira, observados no âmbito destas instituições (BRASIL, 2004, p. 7).

Face o exposto, a hipótese da pesquisa foi de que a unidade prisional (o CDP) não dispõe de uma assistência de saúde integral consonante ao referendado na Portaria 072/2011/GS-SEJUC, que em seu Art. 106, parágrafo único destaca:

[...] nas demais unidades, não sendo possível obedecer à mencionada padronização, as ações e serviços de saúde serão realizados por profissionais da Secretária de Saúde do município onde se achem localizados, garantindo-se no interior da unidade uma estrutura mínima para tal atendimento, contando com a presença permanente de um profissional de saúde (RIO GRANDE DO NORTE, 2011).

Nessa perspectiva a pesquisa teve com objetivo geral: compreender a assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade residentes no Centro de Detenção Provisória de Pau dos Ferros/RN. No tocante aos objetivos específicos: analisou-se a assistência de saúde prestada nesse CDP pelos serviços de saúde local, descrevendo como atuam os profissionais da saúde e do sistema penitenciário para garantir assistência à saúde prisional.

Os resultados alcançados com a pesquisa trouxeram a possibilidade de contribuir para que os agentes públicos responsáveis planejem a saúde prisional nesta realidade, de modo que o sujeito atuante, seja como profissionais de saúde, ou como profissionais da justiça, dialoguem para buscar a resolução dos problemas e necessidades de saúde da população privada de liberdade em situação de provisoriedade.

Material e Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória realizada em Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil, distante 405 Km da capital, Natal. Apesar do pequeno contingente populacional, 27.745 habitantes, com uma densidade demográfica de 106,73 hab./km² e área de ocupação territorial de 259,95 km², a cidade desempenha função de centro regional por congregar 37 municípios da região do Alto Oeste Potiguar e municípios dos vizinhos estados do Ceará e da Paraíba. (IBGE, 2010)

Os cenários de pesquisa foram: o Centro de Detenção Provisória (CDP), a Secretária Municipal de Saúde e a Unidade Básica de Saúde (UBS) Princesinha do Oeste, na qual trabalha uma equipe da Saúde da Família (ESF) cuja área de abrangência localiza-se o CDP de Pau dos Ferros.

Em relação ao CDP, encontra-se exclusivamente pessoas do sexo masculino à disposição provisória da justiça à espera de julgamento. Entretanto, na época do trabalho de campo observou-se a existência de diferentes modalidades de regime de reclusão entre os detentos provisórios, existindo pessoas julgadas e condenadas aguardando vaga no sistema prisional.

Segundo o Plano Estadual de Saúde do RN (PES 2016-2019), Pau dos Ferros sedia a 6RS, referência para 37

municípios, totalizando uma demanda populacional por serviços de saúde de 253.192 habitantes, ou seja 7,4% da população total do RN. Em 2015, houveram um total de 5.744.62 procedimentos (8,63%) sendo 3.398.62 (59,16%) produzidos na Atenção Básica; 1.635.451 (28,47%) na Média Complexidade; 690.431 (12,02%) na Alta Complexidade e 20.124 (0,35%) procedimentos que não se aplicam as demais categorias. (RIO GRANDE DO NORTE, 2016).

Assim, a cidade dispõe dos seguintes estabelecimentos de saúde mantidos pelo Governo do RN ou dupla parceria: Banco de Leite (em fase final de construção); Laboratório Central de Saúde Pública, referência para os municípios da 6RS; Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade (HCCA); Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT); Hemocentro de Pau dos Ferros Unidade de Coleta e Transfusão UCT; Centro Especializado em Reabilitação CER III Auditiva - Física Intelectual - Visual; Serviço Móvel de Atenção as Urgências; SAMU 192 USA e USB. Sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde: CAPS AD (Central de Regulação; Central de Regulação de Serviços de Saúde; Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Municipal de Análises Clínicas; Polo Academia da Saúde; Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM); Unidade de Vigilância à Saúde; e 12 Unidades Básicas de Saúde, nas quais atuam as equipes saúde da família (ESF). (RIO GRANDE DO NORTE, 2016).

Os participantes da pesquisa foram divididos em três grupos:

O Grupo I composto pelos sujeitos ligados à gestão da saúde em nível da atenção básica. Como critério de inclusão tem-se: (1) atuar na gestão local de saúde ou na coordenação da atenção básica. E de exclusão: (1) estar gozando de licença de qualquer natureza do serviço; e (2) estar atuando como substituto ou 'em exercício'.

O Grupo II composto por sujeitos responsáveis pela assistência à saúde. Como critério de inclusão: (1) ser profissional de saúde atuante da ESF, cuja área adscrita está localizado o Centro de Detenção Provisório; (2) ser Agente Comunitário de Saúde (ACS) atuante da microárea onde está localizado o CDP. E exclusão: (1) profissional de saúde ou ACS estar atuando junto à ESF temporariamente como substituto; e (2) estar gozando de licença do serviço de qualquer natureza.

O Grupo III composto por sujeitos responsáveis pela direção do CDP e pelos servidores públicos lotados na unidade prisional. Como critério de inclusão: (1) ser diretor da unidade prisional ou o responsável hierárquico; (2) ser agente penitenciário lotado no CDP. E de exclusão: (1) estar gozando licença do serviço de qualquer natureza.

Ao final 13 sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atestando sua participação voluntária ao estudo, sendo pertencentes ao Grupo I: 2 participantes (1 gestor local e 1 coordenador da atenção básica); ao Grupo II: 2 participantes (1 enfermeiro e 1 agente comunitário de saúde) e ao Grupo III: 9 participantes (1 diretor do CDP e 8 agentes penitenciários).

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, que após transcrição foram analisadas e interpretadas pelo método da Análise Temática. (MYNAIO, 2013).

Ressalta-se que a coleta de dados ocorreu no período

do e 30 de setembro de 2013 a 01 novembro de 2013, pouco meses antes de ser instituída no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN), em 12 de agosto de 2013, sob o parecer nº 357.614 e segue as regulamentações éticas que envolvem pesquisas com seres humanos contidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa um total de 13 sujeitos, sendo 4 representantes da área da saúde, do total de 6 estimados (Grupo I e Grupo II), o que representa um percentual de 66,67%; e 9 representantes da justiça, o que representa 100% de adesão ao estudo (Grupo III).

Com relação ao sexo, 4 são do sexo feminino (30,8%), sendo que todas atuam na área de saúde e 9 são do sexo masculino (69,2%) e atuam na área da justiça. No tocante à escolaridade dos profissionais da saúde, 3 possuem nível superior completo e 1 possui nível médio completo. Os profissionais da justiça, 4 possuem nível superior completo e 5 possuem nível médio completo. Com relação ao tempo de serviço, a maioria dos participantes (38,4%) possuem de 3 a 6 anos de serviço prestado, sem considerar qual seu setor de atuação, se saúde ou justiça (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização dos participantes do estudo segundo sexo, escolaridade, tempo de serviço. Pau dos Ferros, RN, 2013.

Sexo	n	%
Masculino	9	69,2
Feminino	4	30,8
Total	13	100
Escolaridade	n	%
Ensino Médio Completo	6	46,15
Ensino Superior Completo	7	53,85
Total	13	100
Tempo de Serviço (em anos)	n	%
0 ----- 3	3	23,08
3 ----- 6	5	38,47
6 ----- 9	1	7,69
9 ----- 12	4	30,76
Total	13	100

n = Números; % = Frequência Percentual

Mediante a análise temática das entrevistas, quatro categorias emergiram e representam às respostas as questões sobre a assistência de saúde as pessoas privadas de liberdade no Centro de Detenção Provisória (CDP) de Pau dos Ferros, especificamente sobre a efetividade do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP).

CATEGORIA 1: Conhecimento dos Trabalhadores da Saúde e da Justiça sobre a garantia da Saúde no Sistema Prisional

Nesta categoria 1 foi discutido o conhecimento dos participantes sobre saúde no Sistema Prisional e sua efetividade por meio do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP).

Criado em 2003, o *Plano* sofreu modificações diversas em 10 anos de existência, até que em 2014 foi transformado em *Política*, um diálogo entre os Ministérios da Saúde e da Justiça com objetivo de oferecer saúde integral às pessoas privadas de liberdade sendo imprescindível a adesão das Secretarias de Saúde dos estados e municípios com as Secretarias de Justiça (BRASIL, 2014).

A análise da fala do trabalhador do setor saúde evidencia que não compreendem o que se tratava o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP). Para o depoente “Trabalhador da Saúde 1” a assistência prestada é reduzida a realização de visitas pontuais e eventuais sob o modelo de campanhas de prevenção a determinados agravos, principalmente, de imunização e ações de educação em saúde. Também são realizadas notificações compulsórias de agravos e doenças caso a ocorrência seja informada pelos agentes da justiça ou por intermédio de familiar do apenado ou pelo agente comunitário de saúde. Em situação de adoecimento, a pessoa privada de liberdade em situação de provisoriedade é conduzida para a rede hospitalar local sob escolta dos agentes da justiça para a prestação de atendimento médico.

A saúde para os presídios acontece de forma pontual, eventual, por exemplo: campanhas de vacina que é realizada no local, ações preventivas que seja na saúde do homem, na saúde do adolescente, do jovem, ações de prevenção do uso do tabagismo, onde as visitas ao presídio são feitas nessas ocasiões (**TRABALHADOR DA SAÚDE 1**).

Diferentemente do trabalhador da saúde, há clareza dos trabalhadores da justiça sobre o PNSSP e as ações de saúde que deveriam ser prestadas. Os entrevistados sabem que aos detentos provisórios é garantido o direito à saúde, todavia, o que se ofertava eram visitas pontuais e eventuais. Em caso de adoecimento, o apenado era escoltado para atendimento médico até a unidade hospitalar do município, corroborando como o dito pelo trabalhador da saúde. Assim, para os agentes da justiça, a assistência à saúde prestada ao detento provisório é deficiente:

Pela Lei de Execução Penal (LEP) ele [o detento] teria direito a psicólogo, assistência hospitalar, odontológica, tudo isso na parte interna e não precisaria leva para hospital (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 2**).

No tocante a saúde as atividades são deficientes, não possuímos assistência nessa área. O que é feito é a retirada do preso e o deslocamento até o hospital quando está acometido de alguma enfermidade (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 4**).

Tenho conhecimento da existência do plano que foi criado há vários anos, só que ele existe um limite para con-

templação e as unidades que são contempladas com ele são as unidades que possuem mais de 100 apenados, que na verdade são para os presídios. Para o Centro de Detenção Provisória esse plano não contempla, na unidade não existe qualquer referência de atendimento com relação a esse plano. Sendo que os atendimentos aqui são precários **(TRABALHADOR DA JUSTIÇA 4)**.

Apesar do PNSSP garantir atendimento primário de saúde na situação de prisão provisória do cidadão, as ações desenvolvidas pelo setor saúde deixam a desejar no que confere ao cuidado integral. Não podemos desprezar o conhecimento dos trabalhadores de saúde e da justiça sobre o assunto, tendo em vista esse ser um tema com poucos estudos realizados no Brasil. O que se tem de fato é um desconhecimento do real cenário da prisão brasileira marcada pela exclusão, preconceito e desejo de justiça a todo custo (BARSAGLINI, 2016).

Não houve melhora significativa no perfil saúde-doença da população carcerária no Brasil após as ações do PNSSP terem sido efetuadas. Face tal situação levou o Ministério da Saúde revisá-lo, reconstruí-lo e adaptá-lo, de forma que o plano foi transformado em política nacional de saúde integral (BARSAGLINI, 2016; BRASIL, 2014).

Apesar dos avanços, da transformação do plano numa política de estado, a saúde prisional ainda é um problema de saúde pública a ser superado. Requer empenho dos atores envolvidos, quer sejam cidadãos comuns, agentes da justiça, profissionais da saúde ou gestores, a fim de que possam efetivar transformações (BARSAGLINI *et al.*, 2015).

Há necessidade de efetivar as normas/leis, princípios e diretrizes existentes e garantir o direito à saúde aos homens privados de liberdade em situação de provisoriedade. Não podemos continuar a naturalizar a ideia que aqueles que cometem crimes perdem seus direitos constitucionais. Seria uma dupla penalização pelo delito cometido, e no caso da provisoriedade da prisão, de cidadãos ainda não julgados e condenados (MENEZES e MENEZES, 2014; ASSIS, 2007).

Acredita-se que este ideário de que direitos humanos somente para humanos direitos, que cada vez mais povoa o pensamento do brasileiro, demonstre o medo e o preconceito com aquilo que não se conhece, ou seja, a situação da saúde nas prisões brasileiras e as motivações para se adentrar no mundo do crime. A negação do direito à saúde a esta população comunga com o desejo de se fazer justiça a qualquer custo, como se o apenado tivesse que sofrer arduamente pelo seu crime, aumentando a sua punição para além do que a lei permite. Pensar assim, é desrespeitar os direitos humanos, é negar o direito à saúde, é duplamente penalizar o cidadão transgressor, é não acreditar que a justiça será feita perante as leis nacionais e internacionais.

CATEGORIA 2: As ações de saúde realizadas para atender as necessidades e problemas das pessoas privadas de liberdade.

A categoria 2 versa sobre os serviços e ações de saúde que são executados pela gestão local para atender as necessidades de saúde das pessoas privadas de liberdade no CPD de Pau dos Ferros.

A realidade se mostrou deficiente, não há ambulatório

para atendimento de saúde na unidade prisional ou equipe de profissionais responsável pela assistência da população residente no CDP. Ao apresentar situações de adoecimento, o detento poderá realizar o atendimento de saúde em outro local, unidade de saúde ou hospital, mediante autorização da direção desse estabelecimento. Ou seja, para ter atendimento à saúde primário a pessoa privada de liberdade provisória não depende da sua necessidade e, sim, de situações inesperadas, não programadas pelos profissionais de saúde, para que alguma atividade ou ação de promoção e prevenção de saúde ocorra na unidade prisional, como relata os depoentes:

Fazemos a visita para olhar as vacinas, de dois em dois meses. Mas, não existe uma ida programada para lá não. **(TRABALHADOR DA SAÚDE 2)**.

A única ação que desenvolvemos [no CDP] é a questão da atualização das vacinas e pronto. Mas, se eles [agentes penitenciários] trazem o preso até aqui na unidade, ele tem prioridade, não precisa pegar ficha, (...) para o atendimento médico, dentista ou para enfermagem **(TRABALHADOR DE SAÚDE 2)**.

Atividade dentro desse CDP? (...) não tem específica. Como não temos no presídio também. O que temos é a prestação de serviço na hora que precisa de algum atendimento **(TRABALHADOR DA SAÚDE 3)**.

[No CDP] não são feitas atividades constantemente, as atividades que fazemos geralmente é em época de campanha de vacina, que vamos para fazer a vacina mesmo, como eles estão ali reclusos, faz a influenza e às vezes a de hepatite B quando é na campanha. (...) atividades rotineiras não fazemos. **(TRABALHADOR DA SAÚDE 4)**.

É fato que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não tem sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso desses sujeitos à saúde de forma integral. Podemos perceber o desconhecimento das reais necessidades de saúde das pessoas privadas de liberdade do CDP. A necessidade de implantar ações de saúde que atendem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas privadas de liberdade aponta para a importância de uma mudança de postura dos profissionais de saúde, da justiça, dos gestores, e principalmente, da sociedade, a fim de garantir que direitos humanos sejam respeitados (SOUZA; PASSOS, 2008; BRASIL, 2004).

A fala a seguir demonstra a situação em relação as ações de saúde, a nível da ABS, no CDP:

Garantimos o atendimento na medida em que procuram os nossos serviços, era para ter uma unidade de saúde instalada no presídio. (...) até passou um período que os profissionais [de saúde] iam atender uma vez por semana. (...) tinha o médico, o enfermeiro que faziam o atendimento na unidade, só que a própria unidade daqui não tem uma sala específica, que é responsabilidade da secretária de justiça de ter uma sala própria para os profissionais irem desenvolver o atendimento [...], então eles [trabalhadores da justiça] (...) acharam que não deveria ter esse atendimento lá que não tinha estrutura [no caso do Complexo Penal de Pau dos Ferros]. E que a falta dessa estrutura comprometeria a segurança dos profissionais [de saúde] **(TRABALHADOR DA SAÚDE 2)**.

Analisando a fala do “Trabalhador da Saúde 2” notamos que a unidade prisional referida não é o CDP, mas, o Complexo Penal Regional de Pau dos Ferros, onde algum tempo atrás foi realizado atendimento as pessoas privadas de liberdade, mas, devido aos entraves estruturais e de segurança do estabelecimento prisional esse trabalho deixou de ser realizado.

Assim, para se atender as especificidades do perfil saúde-doença da população do CDP, o atendimento realizado nas instituições de saúde no âmbito primário ou secundário da assistência se torna difícil sob o olhar dos trabalhadores da justiça:

A assistência é dificultosa, se faz a retirada do apenado e ele é levado até o hospital regional, ao pronto socorro, sendo que as medidas que são tomadas são as mínimas possíveis até pela precariedade da unidade regional de saúde da nossa cidade (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 4**).

Procuramos imediatamente prestar assistência a esse preso no sentido de levá-lo a unidade de saúde mais próxima, já que aqui não dispõe de médico que venha fazer o atendimento aqui [no CDP] para esse preso (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 8**).

Quando é levado [para atendimento de saúde], geralmente a assistência é boa, acontece dentro das possibilidades da unidade de saúde para onde [o preso] é levado (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 8**).

O entrevistado descreve o tipo de assistência que é prestada aos detentos pelos profissionais de saúde na unidade hospitalar da cidade. Ele relata que as condutas são, em sua maioria, paliativas, como a prescrição de uso de medicação para sintomas e sinais apresentados na consulta que é rápida e baseada apenas na queixa-conduta.

Assistência à saúde é precária, o que pode fazer no máximo é ser medicado: Injeção! Paliativo! Ai, retorna para unidade, às vezes sem o caso ser nem resolvido, mesmo assim é um paliativo (**TRABALHADOR DA SAÚDE 9**).

Em relação as ações de saúde ofertadas nas unidades básicas, estas são esporádicas e de caráter campanhista:

É totalmente ausente e esporadicamente ocorre em campanhas de vacina (...), mas dificilmente acontece (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 4**).

Aqui [no CDP] a única assistência que existe é uma vez por ano, [os profissionais de saúde] eles vêm aplicar uma vacina contra gripe, uma vez por ano e nem é todo ano (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 6**).

A maior dificuldade é a falta de um atendimento preventivo em relação ao ambiente que é insalubre (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 7**).

Ao analisar as falas dos participantes surge outro problema, pois quando um preso precisa de atendimento de saúde, os profissionais responsáveis por sua custódia agem

por medidas burocráticas, o que pode ser feito na medida do possível é executado, como podemos observar nas falas a seguir:

[O agente penitenciário] liga para direção, que se responsabiliza em fornecer uma viatura, uma escolta para a gente conduzir o preso para o hospital mais próximo. Se for uma emergência podemos ligar até para o SAMU, para que eles venham dar assistência aqui. Como não há essa assistência interna temos que sempre está se deslocando para o hospital, e acrescenta a isso o baixo efetivo de funcionários. Sempre há um atraso muito grande e, às vezes, nem dá para conduzir o preso ao hospital por conta desse baixo efetivo, falta funcionário, às vezes a escolta está ocupada, é um carro só para atender duas unidades prisionais [o CDP e o Complexo Regional Penal (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 1**)].

Primeiramente, se faz a comunicação com o diretor da unidade, posteriormente, ele autorizando o carro vem da unidade principal, do presídio. Nós conduzimos até o hospital, é o primeiro procedimento, após isso retornamos para unidade e custodiamos o preso (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 9**).

Analisando as falas dos trabalhadores da justiça no tocante às medidas tomadas em situação do detento necessitar de atendimento de saúde, podemos perceber que na maioria das situações são respeitados os princípios legais, pois essa pessoa privada de liberdade, na maioria das vezes, precisará ser retirada da unidade prisional para que se possa realizar o atendimento, visto que não há um setor no interior da unidade com equipes de saúde para prestar o cuidado. Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local mediante autorização da direção do estabelecimento (BRASIL, 1984).

Não se pode esquecer outro obstáculo que é a insuficiência de agentes penitenciários para realizar as escoltas, já que eles não podem abandonar seu posto de trabalho e sair em busca de atendimento ao recluso.

Assis (2007) mostra que essa realidade é nacional, pois “para serem removidos aos hospitais, os presos dependem de escolta [...] a qual na maioria das vezes é demorada, pois depende de disponibilidade.” Em caso de urgência, por mais que a organização seja feita entre quem sai da unidade e quem fica, quase sempre a segurança do presídio ou CDP não permanece como deveria. Para atender o direito à saúde, o direito à segurança é posto de lado.

Sobre essa conjuntura, vejamos as falas dos participantes do estudo:

Nós encontramos todas as dificuldades, começando pela falta de efetivo, falta de viatura, acho que esses são os dois focos principais. Enfim, o sistema penitenciário enfrenta uma complexidade de problemas (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 2**).

Começa pela estrutura, falta de agente [penitenciário] para conduzir [o detento] para o hospital, falta de viatura e muitas vezes na unidade hospitalar falta o médico (**TRABALHADOR DA JUSTIÇA 6**).

Os trabalhadores da justiça que lidam diariamente com a população residente no sistema prisional sabem que o direito à saúde deve ser garantido independente da condição de regime de reclusão. Entretanto, esses profissionais não conseguem ultrapassar os preconceitos e estigmas existentes na sociedade, que colocam este grupo como não detentores de direitos sociais. Ademais, a assistência à saúde oferecida no âmbito local carece de efetivação conforme diretrizes operacionais do SUS.

Permanecer nesse imprevisto constante em busca de atendimento à saúde para o detento somente quando este adoecer é desumano, retira o direito à saúde e fere a dignidade humana. Na situação de detenção provisória, o caso se torna mais grave diante da não execução do processo penal da pessoa (SOUZA; PASSOS, 2008).

Os participantes da saúde e da justiça demonstram conhecimento dos direitos sociais e de saúde dos apenados. Independente da razão dos delitos que as pessoas privadas de liberdade tenham cometido, o direito à saúde é universal. Mas, pouco ou nada podem fazer para modificar o cenário atual.

CATEGORIA 3: O diálogo entre as instituições de saúde e da justiça no sentido de garantir o direito à saúde

A categoria 3 demonstra a relação dialógica entre as instituições de saúde e da justiça no sentido de garantir o direito à saúde prisional na realidade em estudo.

Os participantes ligados ao setor saúde disseram que a busca pelo serviço de saúde e a contrapartida para garantir saúde as pessoas privadas de liberdade depende do interesse dos atores responsáveis em ofertar serviços de saúde específicos, mas, também, depende da disposição pessoal do profissional de saúde para criação do vínculo terapêutico com a população residente na unidade prisional. De certo, ainda há muito diálogo a ser estabelecido entre os atores responsáveis para que a saúde prisional seja integral.

O convênio que existe é na prestação de serviço caso o presidiário precise ser atendido, seja na saúde da atenção básica, ou na saúde bucal, ou em qualquer ação de prevenção, para o detento ser atendido na sua unidade básica (TRABALHADOR DA SAÚDE 1).

(...) já procuramos a unidade prisional para que agendem o atendimento odontológico. Mas isso não evoluiu. Nosso serviço está à disposição para atender à medida que nos procuram. Já fizemos atendimento de imunobiológico [vacinação] na unidade prisional, vacina da gripe, da hepatite. Deslocamos o profissional para ir fazer lá dentro do presídio. Mas não tem uma estrutura para a prestação de serviço (TRABALHADOR DE SAÚDE 3).

Eu fui lá com a enfermeira para saber como era que poderíamos desempenhar as atividades e os profissionais disseram que não tem essa necessidade, pois é um local de alta periculosidade, a nossa presença pode gerar tumulto e acaba dificultando o trabalho deles. E a questão de marcação de consulta quando eles [detentos] precisam de atendimento médico-odontológico, os agentes penitenciários escoltam o preso para unidade e eles tem prioridade, pois eles já vêm algemados. E para não colocar em risco a segurança de outras pessoas são logo atendidos (TRA-

BALHADOR DA SAÚDE 4).

Mas, o olhar sobre essa questão, nos apresenta outra faceta da realidade, que é a falta de diálogo efetivo entre as instituições “saúde e justiça”. Não há um planejamento de ações de saúde no CDP, visto que estas são eventuais e focadas na realização de palestras e campanhas de vacinas:

Quando é solicitado, o profissional de saúde se desloca até a unidade prisional; ou a própria unidade de saúde da sua abrangência realizará algumas capacitações abrangendo aquele público para realização de ações em forma de palestras de educação e prevenção (TRABALHADOR DA SAÚDE 1).

Destacamos que os serviços de saúde local, sempre que solicitados têm interesse em ofertar ações assistenciais direcionadas à população privada de liberdade, mas, não o faz por falta de estrutura física para atender ao custodiado no espaço físico do CDP e/ou do Complexo Penal Regional. Por outro lado, as ações programáticas não ocorrem sistematicamente devido à falta de espaço físico e comprometimento da segurança, o que dificulta a aproximação dos responsáveis pelo cuidado de saúde. As falas que seguem retratam a realidade:

Temos procurado as unidades carcerárias para que eles possam na ocasião de uma ação ou atividade ter um local específico, um espaço reservado para que possa ter um atendimento mais privativo e que possa atender as necessidades do beneficiário (TRABALHADOR DA SAÚDE 1).

Nunca recebemos ofício solicitando o atendimento, recebemos solicitando medicamentos, mas não encaminhamos, pois se lá não existe prescrição médica como vai deixar medicamento disponível na unidade, encaminhamos material de curativos para uma limpeza num ferimento (TRABALHADOR DA SAÚDE 3).

Não existe qualquer parceria entre essas instituições [da saúde e da justiça] (TRABALHADOR DA JUSTIÇA 4).

Tem-se, portanto, um vazio no processo da efetividade da intersetorialidade para firmar parcerias entre o setor saúde e justiça. Esta não-aproximação entre os atores responsáveis traz à tona outro problema, mesmo no caso do adocimento do detento, as questões de segurança se sobrepõem às questões de saúde, havendo resistência por parte das administrações penitenciárias em implantar a saúde prisional e promover o acesso dos trabalhadores de saúde ligados a ABS local as unidades prisionais.

Silva (2012) relata que as ações de saúde esbarram na lógica da segurança pública predominante no sistema prisional. Para explicar a situação vivenciada, o autor discorre que a simples atividade de prevenção em saúde bucal, por exemplo, como a distribuição de escovas e creme dental, encontra diversas barreiras para serem contínuas e regulares, pois as escovas podem se tornar instrumentos de violação da integridade física entre os detentos.

Para finalizar apontamos a deficiência da formação dos profissionais de saúde em atuar no sistema prisional. A

oferta de serviços e ações de saúde não pode existir sem antes criar subsídios e estrutura para que ocorram no interior das unidades do sistema penitenciário. As soluções da problemática e da falta de diálogo entre os agentes da saúde e da justiça podem ser sanadas mediante a efetivação da Política Nacional de Saúde do Sistema Prisional para Pessoas Privadas de Liberdade de modo a garantir o direito à saúde integral a esta população, este é o caminho a ser percorrido.

CATEGORIA 4: A efetivação do direito à saúde no sistema prisional: limites e possibilidades

Nesta categoria 4 discutiremos os limites e possibilidades da efetivação do direito à saúde no âmbito do sistema prisional de modo a garantir a efetividade do cuidado integral e multiprofissional.

A saúde universal, integral e equânime como emana os princípios do SUS é uma das características indispensáveis para a garantia do direito à saúde, que vista como direito humano, a concepção de saúde assume sua complexidade conceitual e ampliada. Garantir o direito à saúde para toda pessoa humana é algo tão lógico que em sociedades igualitárias e democráticas é difícil imaginar este direito ser usurpado ou negado.

Entretanto, mesmo com princípios democráticos e igualitários orientados pela Constituição Brasileira de 1988, cuidar da saúde das pessoas é uma tarefa árdua, principalmente, devido as iniquidades sociais existentes. No Brasil, o direito à saúde é negado aos cidadãos em diferentes contextos; princípios e diretrizes do SUS são desrespeitados cotidianamente pelos que gerenciam/atuaem na política. A situação torna-se mais grave, quando grupos populacionais minoritários e vulneráveis são esquecidos, como é o caso, da população carcerária. No bojo da questão, tem-se que a garantia da saúde no sistema prisional talvez não seja algo simples (KOLLING; SÁ; SILVA, 2013).

Ao analisar a fala do participante do setor saúde, observa-se um pequeno ponto de luz, no caminho para a efetivação das ações de saúde integral no âmbito prisional:

Os treinamentos são direcionados as equipes de saúde da família, nas suas unidades básicas, destinado a suas áreas de atuação (TRABALHADOR DA SAÚDE 1).

Já procuramos a unidade prisional para que eles agendassem o atendimento odontológico. Mais isso não evoluiu, não tem estrutura para prestação do serviço (TRABALHADOR DA SAÚDE 3).

Talvez, somente a formação generalista para os diversos profissionais de saúde não seja suficiente para que atuem como equipe na atenção primária no sistema prisional. Para cuidar da saúde das pessoas privadas de liberdade a resolução perpassa pela política de educação permanente desses profissionais, de caráter interdisciplinar, para que eles sejam qualificados a adentrarem nas unidades prisionais para intervir no processo saúde/doença com eficácia. Conhecer a realidade que se vai intervir é o passo inicial para um cuidado de saúde eficiente. Conhecer o perfil saúde-doença da população a ser assistida é imprescindível para planificação em saúde. Ações isoladas, disciplinares, mesmo com engaja-

mento pessoal e individual, não seja suficiente para garantir a saúde prisional.

Uma possibilidade para a saúde prisional local ser efetivada seria garantir aos detentos provisórios receber atendimento de saúde conforme suas necessidades na própria unidade prisional:

Com certeza seria bem interessante e bem mais eficiente. Com certeza resolveria problemas existente de atraso, uma assistência mais rápida mesmo, a assistência interna aos apenados é péssima, o ideal seria que tivesse assistência aqui; um médico, enfermeiros, os profissionais competentes (TRABALHADOR DA JUSTIÇA 1).

A assistência à saúde do preso poderia melhorar se o atendimento fosse feito na unidade prisional, se viesse uma equipe saúde. [...] (TRABALHADOR DA JUSTIÇA 5).

Seria uma grande vantagem para nós, principalmente devido ao grande problema que enfrentamos aqui no CDP com relação à saúde do preso quando é para levar a unidade básica de saúde, se tivesse essa assistência aqui seria muito bom. Para melhorar seria que essa unidade básica viesse para o CDP, seria a melhor forma de melhorar. Trazer o médico até a cadeia (TRABALHADOR DA JUSTIÇA 8).

Entretanto, essa possibilidade esbarra noutro limite que é a falta de estrutura física e as medidas de segurança instituídas no CDP para os profissionais de saúde atuarem. O baixo efetivo de agentes penitenciários constrói uma sensação de insegurança diante do fato de ter que atuar no interior de unidades prisionais, assim, o sentimento vivenciado por quem adentra no sistema prisional para realizar cuidados de saúde é de medo:

Por causa da segurança, nós não poderíamos está indo lá, pois o próprio servidor do CDP teria dito que não era para irmos lá, pois não tinha segurança. (...) não fazemos mais ações justamente por nos sentirmos insegura (TRABALHADOR DA SAÚDE 4).

Mas, apesar dos limites impostos pela realidade caótica do sistema prisional brasileiro é notório o desejo expresso na fala do “Trabalhador da Justiça 9”: “Isso era um princípio que temos como um sonho, quando entrei no sistema penitenciário existia, mas posteriormente isso foi acabado” (TRABALHADOR DA JUSTIÇA 9) em atuar no sentido da efetivação da saúde prisional mediante o trabalho de uma equipe multidisciplinar capacitada para desenvolver a assistencial de saúde integral.

Considerações Finais

Ao analisar a efetividade do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) nesta realidade as metas não foram alcançadas.

Os resultados da pesquisa apontam que os profissionais da saúde e da justiça têm conhecimento limitado sobre o direito à saúde dessa população. Há dificuldades para que ocorra um diálogo efetivo da gestão dos serviços de saúde local e com os agentes da justiça para efetivação plena da saúde prisional.

Observou-se que as ações realizadas pelos atores responsáveis por garantir o direito à saúde aos indivíduos em situação de detenção provisória não são resolutivas por não serem planejadas para atender as necessidades e problemas de saúde apresentados pela população assistida.

As ações de saúde que ocorrem eventualmente são ineficientes e limitadas à realização de medidas de imunização em período de campanhas e realização de palestras. As condições da infraestrutura da unidade prisional, o número insuficiente de agentes penitenciários e a disponibilidade de viatura apropriada para transporte de detentos para realização de atendimento de saúde nas Unidades Básicas de Saúde e/ou rede hospitalar são fatores que travam a efetivação das ações de saúde.

Para os trabalhadores da saúde fica evidente a realização de ações de cuidado pontuais, de cunho curativista e focada na queixa clínica do paciente. Portanto, estas não apresentam impacto positivo no processo saúde-doença desse grupo populacional.

É relatada a sensação de insegurança e medo por parte dos profissionais de saúde ao realizar ações no ambiente prisional. Fato que nos remete a crer que o preconceito com o mundo do crime e a vida na prisão atuam como um inibidor para a realização do trabalho de saúde mais eficiente e resolutivo. Apesar do conhecimento que aos homens privados de liberdade, em situação de detenção provisória, deve-se garantir cuidados de saúde primários sob a responsabilidade das equipes saúde da família, os sentimentos negativos e o preconceito emperram a ação dos profissionais.

Há um distanciamento entre o setor da saúde e setor da justiça ao lidar com a saúde do sistema prisional local. Para os trabalhadores da justiça, os colegas da saúde são vistos como civis. Eles não fazem parte de uma equipe intersectorial responsável por garantir o direito à saúde nas prisões. Para os agentes penitenciários, os profissionais de saúde não conhecem as regras e normas de segurança dos ambientes prisionais, ou seja, não estão capacitados plenamente para atuar nesses espaços.

Considerando essas questões aqui levantadas, de nada adianta uma política de saúde prisional, se a unidade prisional é insalubre e sem as condições infraestruturais adequadas. De pouco adianta ações de saúde paliativas, pontuais, em forma de campanhas, focadas na doença e sua cura com o intuito de modificar o processo saúde doença dessa população. Agindo assim, o cuidado de saúde não será integral e, por consequência, o direito à saúde será negado.

O estudo demonstrou o quanto é carente a assistência em saúde aos homens em situação de detenção provisória e como é cogente a aplicação na prática dos princípios do SUS junto a esse grupo populacional, somente assim, há de se conquistar a quimera que é o diálogo entre a saúde e a justiça para a real operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde Prisional, resultando na melhoria da situação de saúde vivenciada no sistema prisional brasileiro.

Referências

ASSIS, R. D. de. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, v. 11, n. 39, p. 74-78, 2007.

BARSAGLINI, R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. **Physis**, v. 26, n. 4, p. 1429-1439, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401429. Acesso em: 21 nov. 2018.

BARSAGLINI, R. A.; KEHRIG, R. T.; ARRUDA, M. B. de. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. **Saúde soc.**, v. 24, n. 4, p. 1119-1136, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401119&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 nov. 2018.

BASSANI, F. Amor bandido: Cartografia da mulher no universo prisional masculino. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 4, n. 2, p. 261-280. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7225>. Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei n.º 7210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jul. 1984.

BRASIL, Ministério da Justiça e Segurança Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, 2017. 65 p. Disponível em: http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf. Acesso em: 30 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. ed. Brasília: DF, Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 30 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília: DF, 2010. 172 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario. Acesso em: 18 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1, de 2 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). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 22 nov. 2018.

GOIS, S. M. *et al.* Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1235-1246, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso

em: 22 nov. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Censo de 2010**. Brasília: DF, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 05 mar. 2017.

KÖLLING, G. J.; SÁ, M. C. D. N. P. de; SILVA, M. B. B. O direito a saúde no sistema prisional. **Revista Eletrônica Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. v. 7, n. 1, p. 281-297, 2013. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1304/1133>. Acesso em: 22 nov. 2018.

MENEZES, B. S. de; MENEZES, C. P. P. de. O acesso à saúde no sistema penitenciário: a (in)observância da lei de execuções penais. **Âmbito Jurídico**. v.17, n. 122, p., 2014. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14554&revista_caderno=29. Acesso em: 21 nov. 2018.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2013. 112p.

Agentes penitenciários **Portaria nº 072/2011/GS-SEJUC, de 22 de março de 2011**. Institui o Regimento interno único dos estabelecimentos prisionais do Rio Grande do Norte. 2011. Disponível em: <http://docplayer.com.br/12670549-Portaria-no-072-2011-gs-sejuc-natal-rn-28-de-marco-de-2011.html>. Acesso em: 22 nov. 2018.

SILVA, M. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política**. Brasília: Verbena, 2015. 120 p.

SILVA E SOUZA, M. O. da; PASSO, J. P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Esc. Anna Nery**, v. 12, n. 3, p. 417-423, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2018.

Recebido em: 14/07/2017

Aceito em: 05/02/2019