

**SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA  
GERÊNCIA DE SAÚDE PENITENCIÁRIA**

**RELATÓRIO DE GESTÃO 2019**

**MIRIAN MUNIZ DA ROCHA FIGHERA  
DARLLEN QUELLEN RODRIGUES DA SILVA MELO**

**PORTO VELHO  
JANEIRO/2020**

## INTRODUÇÃO

A saúde penitenciária é um tema importante em um país como o Brasil, com mais de 700 mil habitantes reclusos em estabelecimentos penais, dados esses que o classifica em quarto lugar do *ranking* de países que mais encarceram, ficando atrás apenas de Estados Unidos, China e Rússia, segundo o *International Center for Prisons Studies* (2014).

De 2003 a 2013 houve um aumento de aproximadamente 120% da população prisional, passando de cerca de 240.000 custodiados para 600.000. Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), estima-se que está população possa atingir um milhão de encarcerados até o final da década (BRASIL, 2014).

A população prisional brasileira triplicou nos últimos anos, isso reflete diretamente nas condições de saúde na vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças infectocontagiosas e os problemas mentais, associados ao abuso e a dependência de drogas, potencializados pelas condições precárias de confinamento e a superlotação.

Diante deste cenário, foram instituídas leis e políticas a fim de propiciar o acesso à saúde a esta população, com isso observou-se um avanço significativo na legislação nacional nas últimas três décadas. Entre elas, vale citar: a Norma nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que instituiu a Lei de Execução Penal; o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), estabelecido por meio da Portaria Interministerial n.º 1.777MS/MJ, de 9 de setembro de 2003; e, mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), a qual tem como principal objetivo o acesso ao cuidado integral a saúde (ORNELL *et al*, 2016).

### 1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PRISIONAL BRASILEIRA

A principal função do sistema prisional é proteger a sociedade contra o crime, tendo a função de assegurar que o detento quando retornar ao convívio social seja capaz de respeitar as leis e se torne uma pessoa que traga produto a sociedade. Para BRASIL (2004), um dos meios a serem usados para garantia disto é a redução das diferenças da vida enfrentadas intramuros para a vida extramuros. Ressalta-se que pessoas presas, indiferente da qual for o crime cometida por ela, têm os mesmos direitos fundamentais que qualquer pessoa em nosso país, principalmente o direito de gozar de uma ótima saúde física e mental, lembrando que ela está privada de sua liberdade não de seus direitos à cidadania.

Segundo o Ministério da Justiça a população prisional brasileira é caracterizada por adultos acima de 18 anos, em sua maioria homens jovens entre 18 e 29 anos, com ensino fundamental completo, sem profissão definida antes de serem presos, grande parte por ter cometido crimes como roubo e furtos, mais da metade sendo reincidentes, é comum associarem a prática dos crimes com a situação de baixa renda e desemprego na qual se encontravam anteriormente. Entres estes encontram-se estrangeiros, idosos, mulheres jovens em período fértil, algumas em período de amamentação exclusiva, a qual estão com as crianças até completarem os 6 meses de idade, nesse contexto há também as populações vulneráveis como indígenas, Lésbicas Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT), pessoas com transtornos mentais e com deficiências (BRASIL, 2014).

Nos últimos anos tem se observado que a população privada de liberdade triplicou e a demanda em relação aos espaços físicos e o crescimento geométrico apresentou um cenário inédito de superlotação, este ambiente por sua vez propicia a proliferação e doenças devido às condições precárias de confinamento de grande parte das unidades prisionais e também à superlotação (BRASIL, 20114).

## 2 A SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

Visando atender a estas pessoas, foram instituídas leis e políticas a fim de propiciar seu acesso à saúde, com isso observou-se um avanço significativo na legislação nacional que nas últimas três décadas. Entre elas, vale citar: a Norma nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que instituiu a Lei de Execução Penal (LEP) onde institui:

**“Art. 14.** A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

**§ 1º** (Vetado).

**§ 2º** 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.

**§ 3º** Será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido. (Incluído pela Lei nº 11.942, de 2009); (BRASIL, 1984)”.

Segundo os preceitos legais desta lei, destacam que o preso tem direito à saúde, sendo este um direito social (BRASIL, 1984). Porém observa-se ao logo do tempo o contraste da legislação com a prática da assistência ao sistema prisional, as inadequações tanto na parte de infraestrutura quanto as condições dignas de vida, destaca-se a falta de profissionais de saúde, de segurança, a escassez de transporte para os casos de detentos em estado de caráter de emergência, a alimentação inadequada, as más condições sanitárias e de higiene, dentre outros fatores agravantes (ARRUDA *et al*, 2013).

Nas últimas três décadas, observou-se avanço significativo na legislação nacional que salvaguarda o acesso à saúde à população privada de liberdade, entretanto, a efetivação deste direito ainda é deficitária evidenciando o descumprimento do Estado de seu dever, garantido aos custodiados (ORNEL *et al.*, 2016).

Ao analisar as garantias legais previstas para a defesa da saúde enquanto direito social essencial a todo indivíduo, tal dispositivo é visualizado em demais legislações entre eles a CF de 1988, que em seu artigo 196 preceitua que *“A saúde é direito de todos e dever do Estado..”* (BRASIL, 1988), logo após com a promulgação da Lei 8.080/1990 (SUS) reforça que *“[...] a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”* (BRASIL, 1990, art. 2º). Em se tratando da população prisional, a Lei de Execução Penal compreende no seu art. 10 e 14 enfatizam a assistência a saúde de caráter preventivo e curativo, ainda aborda os tipos de assistência que essa população deve ter, de atendimento médico, farmacêutico e odontológico, ambos oferecidos pelo Estado. Desta forma, fica evidente a responsabilidade estatal pelas pessoas em privação de liberdade na defesa do acesso à saúde, entretanto, este aspecto é apresentado na lei, de forma limitada.

Sendo assim, objetivando atender aos preceitos legais, em 2003 o Ministério da Justiça e Ministério da Saúde publicaram a Portaria Interministerial 1.777, instituindo o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário – PNSSP, pela primeira vez a população prisional teria uma política específica. O plano previa estratégias e linhas de ação que possibilitavam a inclusão da população penitenciária no SUS em ações e

serviços legalmente definidos pela Constituição Federal, pela Lei no 8.080/90, pela Lei no 8.142/90 (SCHMITT *et al*, 2014).

O mesmo autor relata que o PNSSP criou condições importantes e orientou os governos na busca de congruências entre a execução penal e o SUS, representou uma das mais significativas experiências de humanização no sistema de justiça criminal no país. Pretendendo viabilizar o acesso da população custodiada ao SUS, recursos financiadores eram do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN).

Contudo, inúmeros desafios são enfrentados cotidianamente e o plano apresentou fragilidades. Apesar da escassez de estudos publicados na área mostram inúmeros determinantes que influenciam na qualidade de saúde dessas pessoas e a necessidade do Estado em buscar outra alternativa.

Entre os fatores determinantes na qualidade de saúde estão a situação de saneamento básico precário ou inexistente em inúmeros presídios, por exemplo, acarreta problemas como a insalubridade dos ambientes, que acumulada à falta de higiene dos detentos, incidem diretamente no aumento de doenças infecciosas. As condições estruturais dos presídios também influenciam a saúde dos detentos, visto que, além de haver uma superlotação, normalmente há pouca iluminação e ventilação nos espaços. Alguns agravos que são mais propícios nesses ambientes são: tuberculose, pneumonia, hepatite, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros. Assim, o uso de drogas, compartilhamento de seringas/agulhas, falta de proteção em relações sexuais, propiciam e intensificam a proliferação de doenças contagiosas como estas (ARRUDA *et. al.*, 2013 *apud* FREITAS *et. al.*, 2016).

Após dez anos de implantação do PNSSP, avaliou-se que os objetivos propostos não foram alcançados, a superlotação nesse período tornou o contexto mais alarmante tornando um cenário que requer medidas urgentes. As dificuldades encontradas na execução eram o financiamento insuficiente, Lógicas diferenciadas de atenção entre as instituições de segurança pública e as de saúde, ausência de carreira profissional e dificuldades na contratação de equipes para o trabalho no sistema prisional, falhas de atendimento e dificuldades de acesso à rede, uso incipiente dos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2014).

Esse panorama apontou para a urgência da elaboração de uma política pública de saúde para o sistema prisional que abarcasse todo o itinerário carcerário. Tal fato é evidenciado na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, pela apresentação dos resultados em debate da Carta do Rio de Janeiro de 27 de outubro de 2011, acerca dos problemas de saúde que afetam a população que se encontra presa. O documento apresentava várias falhas relacionadas ao tema, dentre elas, o aumento vertiginoso de diversas doenças, decorrentes da superpopulação e das condições de encarceramento; a redução do número de profissionais de saúde que atuam no sistema prisional; a falta de implantação de um Plano Operativo Estadual que assegure o acesso à saúde desta população; a ausência de uma política pública de saúde e de saúde mental específica; e a dificuldade para implementar o controle social nesse meio. Nesse mesmo evento apresentaram várias propostas para sanar o problema, as quais foram aprovadas e encaminhadas à 14ª Conferência Nacional de Saúde, incluindo a implantação de uma Política Nacional e Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário que garantisse o acesso destas pessoas ao SUS. Em 2011, quando da realização desta Conferência Nacional, que teve como tema “*Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública*

e *Patrimônio do Povo Brasileiro*”, os delegados presentes apresentaram a moção de apoio à Carta do Rio de Janeiro (BRASIL, 2012).

Partindo desta premissa, em 12 de agosto de 2013, através da Portaria Interministerial nº 1.679/MS/MJ/MDS/SDH/SPM/SEPPIR, instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial para a elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional (GTI/SISPE) e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional (BRASIL, 2013).

Em 2014 é lançada A Política de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – PNAISP, cujo o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população carcerária, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passe a ser visualizada como ponto da Rede de Atenção à Saúde (SILVA, 2015).

A PNAISP almeja garantir os direitos previstos constitucionalmente e o princípio do SUS visa assegurar o acesso ao cuidado integral em saúde, proporcionando atenção universal para todas as pessoas no sistema prisional. A política define que pessoas em cárcere são aquelas que estejam sob custódia do Estado para cumprimento de penas privativas de liberdade. Os benefícios desse acesso ao cuidado integral se estendem também às pessoas que se encontram em regime semiaberto, aberto, e àquelas submetidas à medida de segurança (BRASIL, 2014b).

Para alcançar o objetivo de uma atenção integral apresenta como diretrizes as seguintes ações: ser resolutiva, contínua e de qualidade, sendo executada em diferentes níveis de atenção à saúde. As atividades preventivas e de promoção à saúde devem ser também prioritárias, bem como o controle e redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade. A Portaria nº 482, de 1 de abril de 2014, que institui normas de operacionalização da PNAISP, estabelece que as unidades prisionais devem ofertar os serviços de atenção básica, sendo que os demais serviços devem ser prestados pela rede de atenção à saúde. Destaca que o atendimento necessita ser realizado por equipes multiprofissionais definindo os tipos de equipe pelo quantitativo da população de custodiados (BRASIL, 2014b).

A portaria também define quais os profissionais que podem compor a equipe básica que correspondem a mesma equipe técnica da Estratégia Saúde da Família (ESF), enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista e o técnico em saúde bucal. Define quais os tipos de equipes podem ser pactuadas, incluindo uma equipe de saúde mental, onde é inserido os profissionais da área de psicologia, farmácia, serviço social, fisioterapia, nutrição, dentre outros. A transferência do incentivo financeiro aos entes federativos que aderirem a PNAISP só será realizada com a habilitação das referidas equipes de saúde no sistema prisional (ESP) (BRASIL, 2014g).

Para maior compreensão do contexto histórico da atenção ao direito de saúde a pessoa privada de liberdade, será descrito a seguir um quadro demonstrativo das Normativas e Instituições estabelecidas por ano.

**Quadro 1.** Normativas e Instituições de Saúde Penitenciária por ano

1984	Lei de Execução Penal (LEP): assistência à saúde.
1988	Constituição Federal 1988: atendimento integral.
1990	Lei do Sistema Único de Saúde, lei nº 8080/1990
1995	Portaria Ministério da saúde/Gabinete do Ministro (MS/GM) nº 485: comitê de assessoramento para prevenção de DST/aids no sistema penitenciário.
2001	Portaria Interministerial Ministério da Saúde/Ministério da Justiça (MS/MJ) nº 2.035: comissão para a promoção e assistência à saúde no sistema penitenciária.
2002	Portaria Interministerial MS/MJ nº 628: Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), foi revogada.
2003	Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777: PNSSP.
2003	Criação da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SISPE/DAPES/SAS/MS).
2007	Criação da Coordenação de Apoio à Assistência Jurídica, Social e da Saúde na Coordenação Geral de Reintegração Social e Ensino da Diretoria de Políticas Penitenciárias do Departamento Penitenciário Nacional (CAAJSA/CGRSE/DIRPP/DEPEN).
2013	Portaria Interministerial MS/MJ/ Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDAS)/Secretaria Especial de Direitos Humanos (SDH)/ Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM)/Secretaria de Políticas e Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) nº 1.679: Grupo de Trabalho de elaboração e Comitê Técnico de assessoramento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional.
2013	Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário é renomeada Coordenação Nacional de Saúde Penitenciária.
2014	Portaria Interministerial MS/MJ nº 1: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).
2014	Portaria MS /GM nº 94: Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).
2014	Coordenação Nacional de Saúde Penitenciária é renomeada Coordenação Nacional de Saúde Prisional.
2015	Coordenação Nacional de Saúde Prisional é extinta no DAPES.
2015	Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica (CGGAB/DAB/SAS/MS) assume a gestão da PNAISP.

(SILVA, 2016. Readaptado)

### 3 A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA

A situação carcerária constitui-se em um dos problemas de maior complexidade da realidade social brasileira. A Política é viável, porém, apenas um terço das unidades prisionais no Brasil tem módulo de saúde,

sendo que 63% das pessoas privadas de liberdade encontram-se nessas unidades. Dessa forma, 37% dessa população não têm acesso a qualquer serviço de atenção básica de saúde na Unidade (BRASIL, 2014a)

Apesar de se ter uma política específica, com financiamento próprio, uma legislação avançada, no que diz respeito à garantia de acesso à saúde dos custodiados, mas, na prática, esta população vem sendo historicamente negligenciada pelo sistema de segurança pública e de saúde pública, o que se confirma quando verificamos a baixa adesão a política, nas três unidades federativas com maior população prisional do país, praticamente não existem equipes da PNAISP habilitadas, em São Paulo, que sozinho detém quase um terço dos presos do país, há uma única equipe, enquanto no Rio de Janeiro e em Minas Gerais não há nenhuma (BRASIL, 2016).

Para Ferraz (2015), o avanço da assistência à saúde no sistema prisional tem se dado de forma lenta e desproporcional, talvez pelo fato de a adesão dos Municípios à PNAISP ser facultativa, fato este que numa possível revisão da Política deve ser revisto, pois a assistência à saúde a esta população é de atenção básica, assistência está de competência municipal, conforme a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, a referida Portaria firma como responsabilidades gerais da gestão do SUS - competência dos Municípios: *“Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade”, (...)* e considera a rede de ações e serviços de saúde: *“Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde.* Na mesma Portaria, no item 3.1; que discorre sobre o financiamento para o Sistema Único de Saúde, narra que *“o PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias: (...) Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário* (BRASIL, 2006).

Além disso a Política Nacional da Atenção Básica, recentemente revogada pela Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017, estabelece que é de responsabilidade do Município executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, conforme o Art. 10 da referida Portaria estabelece que:

*“Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal: I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;”* (BRASIL, 2017).

Outro fator importante a ser destacado, é que De acordo com a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, na realização dos censos demográficos, a população penitenciária é considerada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como população residente. Esta população é computada como parte da população do município sede das unidades prisionais, para efeito do pagamento de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica, como o Piso de Atenção Básica – PAB (fixo e variável) e Assistência Farmacêutica, transferidos fundo a fundo (BRASIL, 2013).

Desse modo, conforme os dispositivos legais são indiscutíveis a responsabilidade do Município frente à gestão da PNAISP, o uso do termo facultativo se torna irrelevante diante de uma discussão mais aprofundada.

Entretanto a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, nos art. 15 a 17, determina um rol de responsabilidades de cada ente federativo, representadas por suas secretarias e ministérios. Destaca-se que, dentro desse rol de responsabilidades, tanto a Secretaria Estadual de Saúde, como a Secretaria Estadual de Justiça, da Administração Penitenciária ou Congênera e as Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis por executar as ações no âmbito da Atenção Básica. Dessa forma, conclui que se trata de uma política intersetorial cujas responsabilidades são compartilhadas entre as esferas gestoras (BRASIL, 2014).

O Termo de Adesão à PNAISP é o documento que torna os entes e as secretarias, conjuntamente, signatários dessa política, mesmo que o município não faça a adesão à PNAISP, ainda assim não o onera de suas responsabilidades disciplinadas pela Constituição Federal, pela Lei nº 8.080/90, entre outras normativas, fato que não impede o município de criar suas próprias políticas públicas para garantir o acesso integral e igualitário às pessoas privadas de liberdade.

Destaca-se ainda que, perante o sucateamento e deterioração dos espaços prisionais, o valor do incentivo repassado à saúde no Sistema Prisional é irrisório, além das limitações estabelecidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que não estimulam a adesão dos Municípios. Entretanto, a política visa um incentivo a adesão dos municípios. Segundo o art. 14, § 2º da Portaria Interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014, prevê que:

*”Ao Município que aderir a PNAISP será garantida a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo financeiro, que será objeto de ato específico do Ministro de Estado da Saúde”* (BRASIL, 2014).

Os percentuais de acréscimos estão disponíveis nos anexos II e III da Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. Caso o município habilite as equipes, somente ele receberá os recursos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Ao analisar os referidos anexos, observa-se que o município recebe um percentual maior que o do Estado, quando somente ele aderir a PNAISP. Ao município o incentivo varia entre 11% a 70%, enquanto que ao Estado e de 6% a 35% sobre o valor fixo da equipe solicitada.

**Tabela 1.** Aplicação de acréscimos aos valores do incentivo, aos estados, para custeio dos serviços de saúde, no âmbito da PNAISP, constante no anexo I, baseado na taxa da população prisional e no índice de desempenho do SUS do exercício anterior.

Índice de Desempenho municipal Homogêneo - Grupo	Taxa de custodiados no município			
	Até 1%	Entre 1,01% e 5%	Entre 5,01% e 10%	Acima de 10%
GH1	6 %	7%	8%	10%
GH2	1 %	12%	13%	15%
GH3	16%	17%	18%	20%
GH4	21%	22%	23%	25%
GH5	26%	27%	28%	30%
GH6	31%	32%	33%	35%

Fonte: (BRASIL, 2014)



**Tabela 2.** Aplicação de acréscimos aos valores do incentivo, aos municípios, para custeio dos serviços de saúde no âmbito da PNAISP, constante no anexo I, baseado na taxa da população prisional e no índice de desempenho do SUS do exercício anterior.

Índice de Desempenho do SUS municipal – Grupo Homogêneo	Taxa de custodiados no município			
	Até 1%	Entre 1,01% e 5%	Entre 5,01% e 10%	Acima de 10%
GH1	11 %	14%	16%	20%
GH2	21%	24%	26%	30%
GH3	31%	34%	36%	40%
GH4	41%	44%	46%	50%
GH5	51%	54%	56%	60%
GH6	61%	64%	66%	70%

Fonte: (BRASIL, 2014)

Todavia, apesar de ser relevante o incentivo, a adesão por parte dos municípios continua baixa. Segundo Arantes, LJ *et al* (2016), as dificuldades apresentadas a proposta da expansão da cobertura da Estratégia da Saúde da Família - ESF às populações vulneráveis para a reorientação do modelo de atenção à saúde, não tem sido suficiente, sendo o financiamento apontado como um dos elementos indispensáveis ao seu desenvolvimento, os custos com os insumos e profissionais ultrapassam os valores que são repassados. Esse cenário corrobora na implantação da PNAISP, tendo em vista que é uma equipe de ESF multidisciplinar diferenciada, com a presença de alguns profissionais de nível superior com experiência em saúde mental. Vale ressaltar, que parte dos profissionais da saúde não querem trabalhar neste tipo ambiente, isso dificulta a formação das equipes, conforme critério de adesão a PNAISP.

A falta de condições de trabalho é outro fator que deve ser analisado, o fato é que as unidades prisionais são evitadas por profissionais de saúde, que as consideram de alta periculosidade, isso faz com que, embora exista um contingente de profissionais previstos, estes frequentemente não esteja completo e a reposição por parte da gestão, seja morosa e difícil. As necessidades de documentação médico legal, acesso informatizado, segurança, contra referência e incentivos financeiros são condições de trabalho que podem desmotivar o profissional (FERNANDES, *et al* 2014).

Tendo em vista que a transferência de recursos financeiros para desenvolvimento das ações previstas está condicionada à habilitação de equipes, conclui-se que nesses locais a efetivação da política, até o momento, está praticamente esvaziada. Em um panorama mais amplo, verifica-se que das 1.424 unidades prisionais existentes no Brasil, apenas 118 possuem equipes habilitadas, o equivalente a 8%. Esse cenário indica ser remota a possibilidade de cumprimento das metas fixadas na portaria instituidora da PNAISP, segundo a qual os entes federativos teriam até 31 de dezembro de 2016 para efetivar as medidas necessárias de adequação de suas ações e serviços. Entretanto observando a baixa adesão, o Ministério da Saúde prorrogou o prazo até 31 de dezembro de 2017, através da Portaria Interministerial nº 24, de 5 de janeiro de 2017, conferido aos entes federativos para adequação à PNAISP (BRASIL, 2017).

Segundo dados apresentados pela representante do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça no I Seminário Estadual sobre a PNAISP, realizado em Porto Velho, Estado de Rondônia, em 26 de setembro de 2017, o cenário atual e da adesão de todas as Unidades Federativas do País, 273 Municípios com Adesão Publicada e a habilitação de 231 equipes de saúde, elevando a 16%. Esse aumento, talvez, se dê pela divulgação da Política e pela exigência do Poder Judiciário na efetivação do direito a saúde da pessoa privada de liberdade.

Estudos recentes analisaram que, embora tenha aumentado o número de Equipes de Saúde nos estabelecimentos prisionais, a cobertura permanece insuficiente e o enfoque das ações continua curativo (FREITAS, *et al* 2016). A ação de âmbito preventivo e promocional envolve um trabalho contínuo de educação continuada entre os atores envolvidos, equipe de saúde, de segurança, familiares e visitantes, contudo o clima de tensão gerado pela lógica de segurança pode ter influenciado diretamente sobre os aspectos administrativos da saúde pública, dificultando implantação das ações em educação e saúde.

Com relação à competência de proporcionar o ambiente e o aparelhamento do setor de saúde a política prevê que cabe a Secretaria Estadual de Justiça e a administração penitenciária a apoiar essas ações, para que haja a adequação dos espaços físicos a fim de viabilizar a salubridade dos ambientes. Bem como adaptações para acolhimento de pessoas com deficiência, idosas e com doenças crônicas, também estão previstas para a ampliação do cuidado a pessoa privada de liberdade (BRASIL, 2014b).

O relatório de Gestão do CNJ (2017), sobre a supervisão do departamento de monitoramento e fiscalização do sistema carcerário e do sistema de execução de medidas socioeducativas – DMF, aponta a saúde no sistema prisional como um dado preocupante, destaca a baixa adesão às ações de saúde, o déficit de profissionais de saúde, os elevados números de agravos de doenças infecciosas, o espaço precário para o atendimento médico básico e/ou emergencial. Neste contexto, referencia outro dado de grande relevância que é com relação às pessoas deficientes, que em 12 estados brasileiros, nenhuma pessoa presa com deficiência física está alocada em uma vaga compatível com sua condição. E conclui da coleta desses dados é que a situação como o encarceramento é vivenciado no Brasil acarreta um sério agravo ao direito à vida e à saúde de inúmeros brasileiros.

Para Freitas, *et al* (2016), a instituição da política é uma oportunidade para que os profissionais envolvidos com a reorganização do sistema de saúde prisional reflitam sobre as peculiaridades inerentes a esta população. Sabe-se que a dificuldade de acesso à informação e o receio de ser vítima do preconceito são fatores que dificultam a busca pelos serviços de saúde e a adesão ao tratamento. Ressalta-se que a saúde não deve ser considerada como um privilégio, mas sim como um direito de todos e que mais ações sejam realizadas para garantir esse direito às pessoas mais necessitadas, no caso as populações vulneráveis.

#### **4 SAÚDE PRISIONAL NO ESTADO DE RONDÔNIA**

O Estado de Rondônia aderiu ao PNSSP no ano de 2007, realizando-se o primeiro concurso para habilitar as equipes de saúde no ano de 2010, onde os profissionais foram convocados em maio de 2011, porém, o edital exigiu dos médicos aprovados a especialização e residência em Clínica Médica, fato este que ocasionou o baixo número de profissionais médicos que tomaram posse no concurso, inviabilizando o

cadastramento das equipe, pois para o cadastramento no CNES, é necessário a composição da equipe de saúde com o profissional médico.

Este cenário gerou a impossibilidade de recebimento dos recursos federais destinados a saúde prisional, onde está secretaria optou por manter os profissionais atendendo de forma deficitária e adquiriu insumos de saúde até a revogação do plano.

Durante o período de 2005 a 2014 a GESAU, permaneceu no sistema prisional, com a inauguração do Centro Político Administrativo – CPA a gerencia foi transferida para o prédio Rio Cautário.

Em 11 de novembro de 2014, foi publicada a Portaria nº 2.448, que aprova a adesão do Estado de Rondônia á Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS.

Em atenção à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade - PNAISP, a Gerência de Saúde Penitenciária/SEJUS tem como o objetivo principal levar aos reeducandos a atenção de Saúde necessária. Assim, buscando a melhoria do Sistema Penitenciário desenvolveu as seguintes ações no ano de 2019:

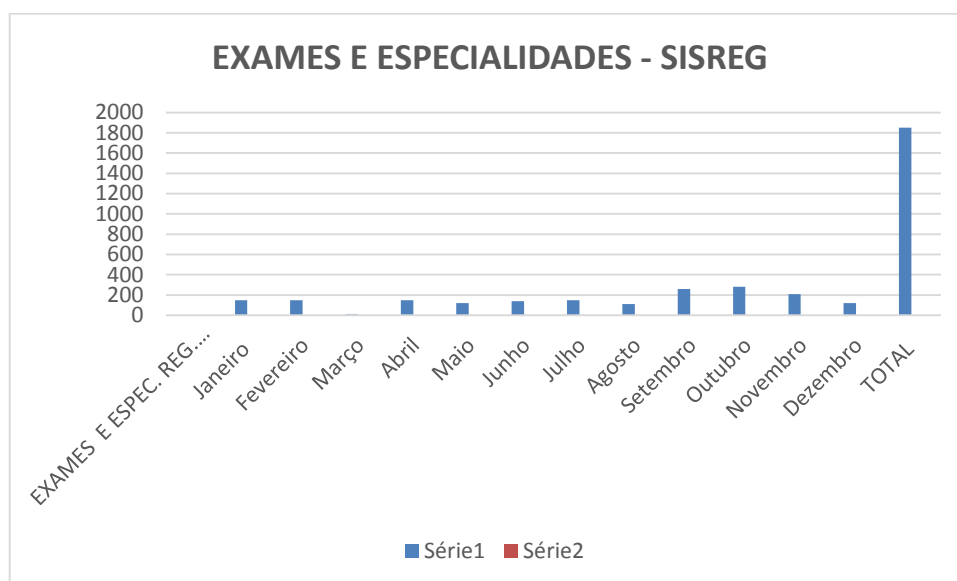
1. Acompanhamento e Revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade - PNAISP.
2. Acompanhamento do Convênio/DEPEN para Aparelhamento das unidades prisionais da capital e interior, em viagem realizada no período de 29/05/2017 a 31/05/2017.
3. Articulação com a Secretaria Estadual de Saúde para liberação de especialidades no Sistema de Regulação – SISREG, entre elas Psiquiatria.
4. Articulação para a implementação da sala de vacina com colaboração da Secretaria de Saúde Municipal - SEMUSA;
5. Prosseguimento ao Processo de Manutenção de Cadeiras Odontológicas através da Gerência de Administração e Finanças – GAF;
6. Implantação do programa e-sus em Porto Velho, Ariquemes, Jaru, Nova Mamoré, Guajará-Mirim e Buritis; do Plano de resíduos sólidos no sistema prisional da capital;
7. Aprovação do Protocolo Estadual de Enfermagem no Sistema Prisional, pelo Conselho Estadual de Enfermagem de Rondônia, iniciando as capacitações e implantação do mesmo.
8. Atuou em parceria com o DEPEN, na implantação e execução do projeto “Prisões livres de tuberculose”, na unidade de porta de entrada do sistema da capital.
9. Elaborou o projeto de aquisição de 4 (quatro) odontomóveis para atender a população prisional das unidades sem consultório odontológico na capital e interior;
10. Elaboração de processo licitatório de compra de materiais de insumos hospitalares para um ano de 2019;
11. A abertura do processo emergencial para contratação de empresa especializada em manutenção e correção preventiva das cadeiras odontológicas;
12. Capacitação da equipe de enfermagem para atuar no serviço de imunização;

13. Capacitação de sete profissionais de enfermagem, 4 (quatro) capital e 3 (três) do interior em multiplicadores em manejo clínico de tuberculose;
14. Realizou o I Fórum da Enfermagem no sistema prisional;
15. Capacitação dos servidores da saúde nos sistemas de saúde, GAL e SISLOG;
16. Capacitação da equipe da GESAU no sistema de regulação do Estado, SISREG, em parceria com a POC;
17. Implantou ainda o Núcleo de Saúde Bucal e Epidemiologia na GESAU e a equipe de triagem na Porta de entrada do sistema prisional, realizando testes rápidos e consulta de enfermagem.
18. Fez parcerias junto a SESAU para realização de atendimento em psiquiatria ao servidor e com a Faculdade Aparício Carvalho - FIMCA, para atendimento psicológico;
19. Realizou Palestras: de Inteligência emocional aos servidores da SEJUS, na escola do governo, objetivando a valorização profissional;
20. Elaboração do fluxo de atendimentos do serviço social nos hospitais da capital em consonância com a GESAU e escolta hospitalar;
21. Realização do I curso de urgência e emergência clínicas e traumáticas aos servidores da saúde e segurança do sistema prisional.
22. Pactuação de atualização da lista renome, quanto ao fornecimento de medicamentos da farmácia básica e saúde mental com a SEMUSA de Porto Velho.
23. Realização de palestra sobre "Falar é a Solução" e Roda de conversas com os servidores da unidade Vale do Guaporé, alusivo ao Setembro Amarelo, em parceria com a SESDEC e Faculdade São Lucas;
24. Em Outubro realizou ações alusivas ao Outubro Rosa com oferta de coleta de preventivo e exame de mamografia em parceria com SEDUC e Hospital do Amor através da carreta, palestras de "Empoderamento e auto estima", com a equipe da Mary Kay, "Toque seu corpo e toque sua alma", com a psicóloga Paula C. Gehardt e "Terapias naturais na saúde emocional e reprodutiva" em parceria com SEDUC.
25. Em novembro, realizamos coleta de exames de PSA aos servidores do CPA, em parceria com a SEDUC.
26. Implantação do projeto anti-tabagismo no Centro de Ressocialização Vale do Guaporé em novembro.
27. Realizou o Seminário de manejo clínico de tuberculose aos profissionais de saúde da capital;
28. Realizou nos meses de Setembro a Outubro de 2019 o mutirão em saúde prisional em parceria com a SESAU e SEMUSA;
29. Fez o alinhamento do fluxo de recambiamento dos pacientes do interior para consultas médicas na capital com a finalidade de evitar perdas de consulta;

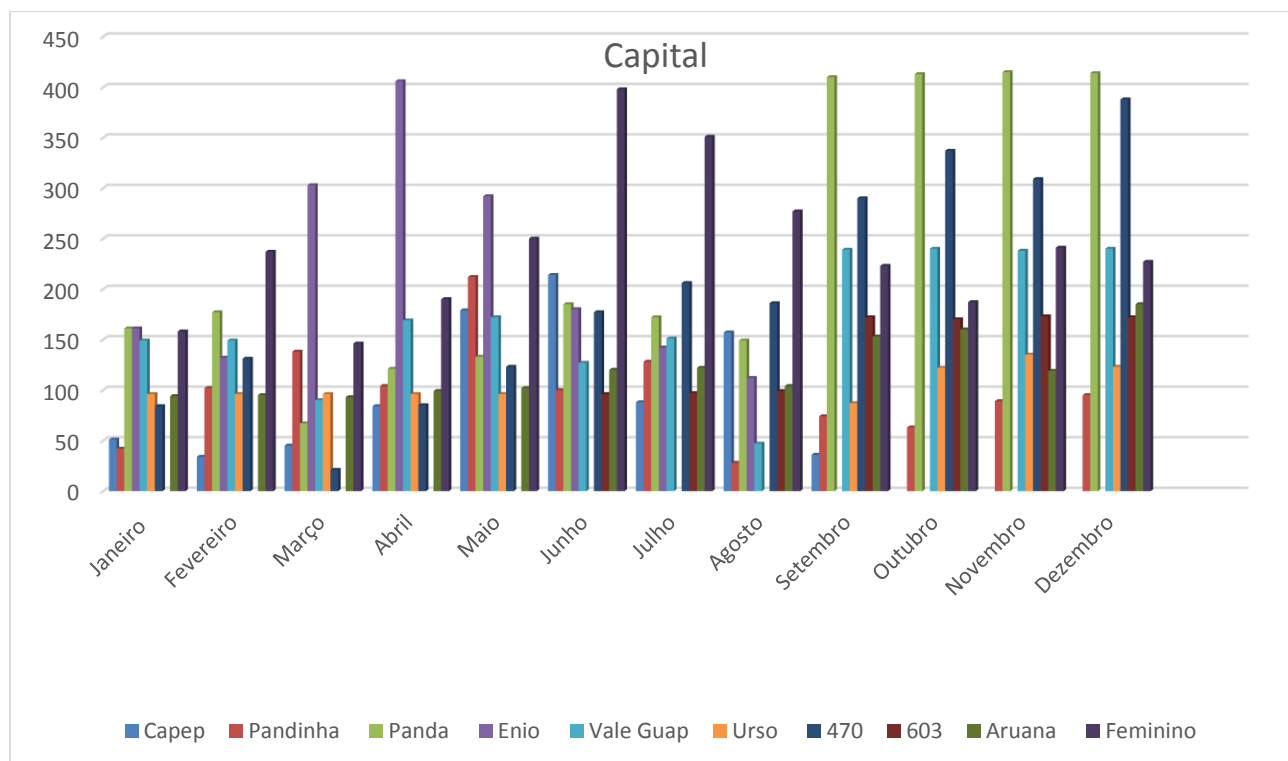
30. Realizou testes rápidos aos reeducandos do patronato, em 100% da população do presídio feminino da capital e penitenciária Aruana;
31. Realizou coletas de materiais biológicos em parceria com equipe da Superintendência da Polícia Técnica Científica - POLITEC, projeto do Banco Nacional de Perfis Genéticos.

## 5. DADOS DE ATENDIMENTOS EM SAÚDE

**Gráfico1:** Procedimentos liberados pelo Sistema de Regulação Estadual de Saúde – SISREG, consultas e exames.



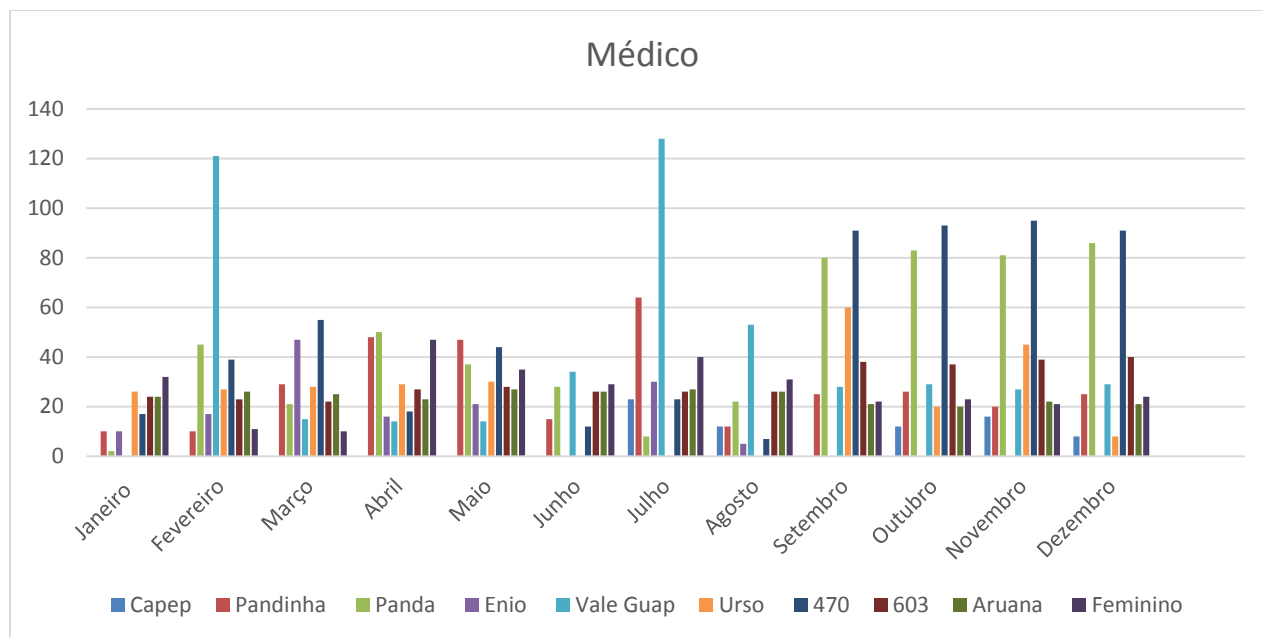
Os dados acima apresentados são do CNES da unidade Ênio Pinheiro da capital, este controle é centralizado pela GESAU, devido 50% da população está concentrada nesta comarca, as unidades do interior cada uma possui sua senha de regulação e os procedimentos são liberados na comarca mais próxima, vindo para a capital apenas os procedimentos realizados exclusivamente em Porto Velho.

**Gráfico 2:** Atendimentos de Enfermagem na capital.

A secretaria de Justiça – SEJUS, teve a aprovação do protocolo de enfermagem no final do mês de agosto, os reflexos da implantação desse instrumento são visíveis ao número de atendimentos realizados pelos profissionais de categoria, o último quadrimestre do ano apresenta uma elevação significativa no gráfico. O protocolo de enfermagem na Atenção básica do sistema prisional de Rondônia, é o primeiro instrumento a nível Estadual no Brasil, constitui como ferramenta para normatização e ampliação da clínica do Enfermeiro nos diferentes pontos da rede de atenção. Integra múltiplos documentos e recomendações, baseados em evidências em uma ferramenta ampla e concisa.

### Objetivos

- Cumprir a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem protegendo a prática clínica do Enfermeiro;
- Otimizar o processo de trabalho do Enfermeiro;
- Promover atendimento integral ao paciente em que este profissional possui plena capacidade técnica para análise, investigação e tomada de decisão;
- Aproximar os Enfermeiros às diversas diretrizes internacionais da prática de Enfermagem.
- Validar práticas recorrentes nas Unidades de Saúde por necessidade na agilização de processos de trabalho.

**Gráfico 3.** Atendimentos médicos capital.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da reflexão da temática abordada, observou-se que as mudanças que a PNAISP trouxe após sua implantação em 2014, a política diferenciou-se do antigo plano desde os objetivos até a gestão, que passou a incorporação da gestão da Política pela atenção básica proporcionando algumas alterações no âmbito federal da saúde penitenciária no Brasil.

As diferenças entre o PNSSP e a PNAISP são o financiamento das ações de saúde pública, no Plano, o Ministério da Saúde ocupa-se com a maior parte do valor do incentivo financeiro à saúde penitenciária o equivalente a 70%, já na Política com a totalidade do mesmo. Ou seja, que durante esse período de entre a entrada da saúde penitenciária na agenda do Ministério da Saúde em 1995 e o lançamento da PNAISP em 2014, o Ministério da Justiça deixa de ser oficialmente o responsável exclusivo pela alocação de qualquer valor monetário na “assistência à saúde” prevista na LEP de 1984.

Evidencia-se que os desafios para implantação e efetivação da PNAISP estão condicionados a fatores complexos e que, por isso, exigem um maior esforço político-institucional, como as questões ligadas ao financiamento, à formação de profissionais, à gestão/educação de pessoal e ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Ações mais consistentes, também precisam ser implantadas as triagem na porta de entrada,

classificando os internos de acordo com sua especificidade, tanto de saúde, social e comportamental para elaborar um planejamento das ações afim de inseri-lo aos demais níveis de atenção.

Promover paralelamente ações de planejamento com participação social dos Órgãos Públicos, Conselho Estadual e Municipal de Saúde, Defensoria Pública, Secretaria de Assistência Social, entre outros nas questões organizativas de modo a atender às reais necessidades dessa população, buscando superar processos de trabalho ainda baseados no modelo biomédico e garantir o acesso digno a saúde.

Diante dessas considerações, evidencia-se que a implantação da PNAISP está ocorrendo de forma lenta e gradual, está em processo de estruturação e de adesão dos diversos municípios do Brasil. Entretanto, apesar das dificuldades, vale considerar que a PNAISP tem promovido o debate acerca da saúde no sistema prisional em diversos espaços. Conclui que é uma política muito importante, entretanto sua efetivação requer o desenvolvimento de ações que propiciem maior qualidade de vida e dignidade das pessoas inseridas no sistema prisional.

Em Rondônia, observamos que após a efetivação dos profissionais concursados nas unidades prisionais, muitas melhorias foram alcançadas no desenvolvimento do processo de trabalho. Outrossim, observa-se que a coordenação da Gerência de Saúde por profissional do quadro efetivo da SEJUS – profissional de saúde proporcionou melhor condução das atividades técnicas facilitando o andamento das ações e resultados satisfatórios.

Notamos também que a articulação com as Secretarias de Saúde evoluiu, propiciando resolução das problemáticas vivenciadas juntos aos órgãos de competência jurídica.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES LJ *et al.* **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1499-1509, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>>. Acesso em 30 de outubro de 2017.

ARRUDA, A. J. C. G.; OLIVEIRA, M. H. B.; GUILAM, M. C.; VASCONCELOS, D. I. B.; COSTA, T. F.; LEITE, I. F. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [on line] v. 7 (n. esp.), p. 6646-6654, 2013. Disponível em:<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>>. Acesso em 05 de abril de 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, 1988.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.Direitos Humanos dos Grupos Vulneráveis. Manual © 2014 - DHES. Rede Direitos Humanos e Educação Superior

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. p. 18055.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1984.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n. 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).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.**Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 2, Seção 1, p. 18-21, 2014b. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Infopen.** Brasília, DF, 2014a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Relatório de equipes de saúde habilitadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2016. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>> acesso em: 05 de abril de 2017.

BEZERRA, R.R.R., Psicopata homicida: um enfoque psico-jurídico em face do direito penal brasileiro por meio de estudos de caso. Brasília: IDP/EDB, 2015. 69f. -Monografia (Graduação). Instituto Brasileiro de Direito Público. Escola de Direito de Brasília. Disponível em: <<http://dspace.idp.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/2141>>, acesso em 20 de outubro de 2017.

DAMAS, FB. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Rev. saúde publica.* 2012;5(3):6-22.

FERRAZ, Eliziane, A política nacional de atenção integral à saúde no sistema prisional : uma experiência em serviço social na perspectiva da reintegração social., Porto Alegre, Brasil. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/130532>>. Acesso 20 de setembro de 2017.

FERNANDES, Luiz Henrique; ALVARENGA, Carlos Willie; SANTOS, Luciane Loures dos e PAZIN FILHO, Antonio. **Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.48, n.2, pp. 275-283. ISSN 0034-8910. Disponível em <<http://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br>>. Acesso em 03 abril de 2017.

FOUCAULT, MICHEL. **Vigiar e punir.** 29. ed. São Paulo: Vozes, 2004.

FREITAS, R. S.; ZERMIANI, T. C.; NIEVOLA, M. T. S; NASSER, J. N.; DITTERICH, R. G. **Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional:** uma análise do seu processo de formulação e implantação. Rev. Pol. Públ., São Luís, v. 20, n 1, p.171-184, jan./jun. 2016. Disponível em <<http://www.revistapoliticaspublicas.ufma.br>>. Acesso em 03 abril de 2017.

INTERNATIONAL CENTER FOR PRISONS STUDIES, KING'S COLLEGE LONDON. *World prisons brief*. Disponível em: <<http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief/>>. Acesso em: 02 abril 2017.

MENEZES, Bruno Seligman de; MENEZES, Cristiane Penning Pauli de. O acesso à saúde no sistema penitenciário: a (in)observância da lei de execuções penais. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVII, n. 122, mar 2014. Disponível em: <<http://www.ambitojuridico.com.br>>. Acesso em: 26 Out. 2017.

ORNELL F.; DOTTA, R. M.; SCHERER, J. N.; MODENA, S. L.; CIN, V. D.; HALPERN, S. C. **Saúde e Cárcere:** Estruturação da atenção básica à saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. **Sistema Penal & Violência**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 107-121, jan.-jun. 2016. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemapenaleviolencia/article>>. Acesso em 05 de abril de 2017.

PORTO, Roberto. **Crime organizado e o sistema Prisional**. Atlas, 03/2008. [Minha Biblioteca] FARO. Disponível em:<<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books>>. Acesso em 30 de outubro de 2017.

SANTOS, J.O; DIEL, A.F.S **O direito à saúde no cárcere: a efetividade das políticas públicas de saúde no sistema prisional brasileiro**. In: SEMINÁRIO NACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, XII., 2016, Cruz Alta, RS: Amostra Científica, 3., Universidade de Cruz Alta, 2016. v. 8, n. 1, p. 107-121, jan.-jun. 2016. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemapenaleviolencia/article>>. Acesso em 05 de abril de 2017.

SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE A POLITICA DE SAÚDE AS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE, 1., 2017, Porto Velho, RO. Panorama da população prisional no Brasil. Apresentado por Lindomar Coelho Rocha, representante do Ministério da Saúde, MS.

SILVA, MARTINHO. Saúde Penitenciária no Brasil: Plano e Política. Editora Verbena, Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. Ver. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 7, julho, 2016, pp. 2021-2030 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63046188004>>. Acesso em 17 de setembro de 2017.

SILVA, José Afonso. Controle de Constitucionalidade: Variações sobre o mesmo tema. In: Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional Vol. 6, Madrid: CEPC, 2002, pp. 9/20.

SCHMITT, H. B. B.; BOLSONI, C. C.; CONCEIÇÃO, T. B.; OLIVEIRA, W. F. de. Módulo 1 do Curso Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade: Políticas Públicas e Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. UNASUS, Florianópolis, Universidade de Santa Catarina, 2016. Disponível em:<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7429>>. Acesso em: 06 abril. 2017.