



Caracterização da atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade no Brasil: uma revisão de escopo.

Bruna Lorena Simões de Omena¹, Marília de Lima Santos¹, Laércio Pol Fachin² (Orientador)

REVISÃO DE ESCOPO

RESUMO

A saúde é um direito garantido a todos respaldado pela Constituição Federal Brasileira de 1988; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional foi criada para assegurar os direitos e garantir o acesso da população carcerária brasileira ao Sistema Único de Saúde - SUS - como é direito de todo cidadão brasileiro. Dessa forma, torna-se essencial abordar como é realizada a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. Diante da importância do tema foi realizada uma revisão de escopo com base no protocolo Prisma; com intuito de responder a pergunta: “Como é prestada a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade em Brasil. Assim foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados como SciELO e Pubmed com os descritores “Política de saúde”, “Atenção à saúde”, “Pessoas privadas de liberdade”, “Sistema prisional” e “Política” com a utilização do operador booleano AND. Esse estudo abordou as políticas de atenção à saúde da população prisional brasileira, os resultados esclarecem que apesar da criação da PNAISP para prover avanços e melhor qualidade de saúde para esse público ainda é preciso que ocorram mudanças para total eficiência dessa política. Portanto, é importante reafirmar o cumprimento da PNAISP para manutenção de um ambiente adequado, recursos necessários, boa infraestrutura, capacitação de profissionais da saúde para trabalhar com essa população e cumprimento das normas de saúde. Com intuito de fornecer o melhor atendimento em todas as esferas da saúde, oferecimento de boas práticas de saúde e atender de forma eficiente às necessidades da população carcerária brasileira.

Palavras-chave: política de saúde, sistema prisional, pessoas privadas de liberdade, política e Atenção à saúde.



Characterization of health care for people deprived of liberty in Brazil: a scop review.

ABSTRACT

Health is a right guaranteed to everyone, supported by the 1988 Brazilian Constitution; the National Policy for Comprehensive Health Care for People Deprived of Liberty in the Prison System was created to guarantee the rights and guarantee the access of the Brazilian prison population to the *Unified Health System- SUS* - as is the right of every Brazilian citizen. Therefore, it is essential to approach how health care is provided to people deprived of freedom in Brazil. Given the importance of the topic, a scope review based on the Prisma protocol; with the purpose of answering to question: "How is health care provided to people deprived of their liberty in Brazil?. Therefore, a search was carried out in databases such as SciELO and Pubmed with the descriptors "Health policy", Health care", "Persons deprived of liberty", "Prison system" and "Politics" using the boolean operators AND. This study approached healthcare policies to the Brazilian prison population, the results clarify that despite the creation of PNAISP to prove advances and better quality of health for this public still needs changes to occur for the full effectiveness of this policy. Therefore, it is important to reaffirm compliance with the The National Comprehensive Health Policy for People Deprived of Liberty in the Prison System PNAISP - to maintaining a suitable environment, necessary resources, good infrastructure, training of health professionals to work with this population and compliance with health standards. With the intention of providing the best service in all spheres of health, provision of good health practices and care efficiently meet the needs of the Brazilian prison population.

Keywords: health policy, prison system, people deprived of freedom, politics and health care.

Instituição afiliada – 1- Graduando em Medicina no Centro Universitário Cesmac, 2- Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Cesmac

Dados da publicação: Artigo recebido em 09 de Julho e publicado em 29 de Agosto de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p5433-5455>

Autor correspondente: Bruna Lorena Simões de Omena brunaomena@outlook.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional surge como resposta à necessidade de assegurar os direitos constitucionais e os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde para uma parcela da população muitas vezes marginalizada: aquelas sob custódia do Estado para cumprimento de penas privativas de liberdade. Implementada em 2014, a PNAISP visa garantir o acesso universal e integral à saúde, estendendo-se não apenas aos detentos em regime fechado, mas também àqueles em regime semiaberto, aberto e aos submetidos a medidas de segurança (BRASIL, 2014a).

Sob as diretrizes da política, a atenção à saúde nas unidades prisionais deve ser resolutiva, contínua e de qualidade, abrangendo diferentes níveis de cuidado e priorizando atividades preventivas e de promoção à saúde. Além disso, a PNAISP enfatiza a importância da educação continuada dos profissionais envolvidos e da integração entre diferentes setores para uma gestão eficaz e para garantir o direito à saúde não apenas dos detentos, mas também dos trabalhadores do sistema penal e de seus familiares (BRASIL, 2014a).

A implementação da PNAISP envolve a oferta de serviços de atenção básica nas unidades prisionais, complementados pela rede de atenção à saúde, e a organização de equipes multiprofissionais de acordo com o tamanho das populações carcerárias. Além disso, são previstas ações de vigilância sanitária e epidemiológica, visando à adequação dos espaços físicos e à prevenção de doenças (BRASIL, 2014b).

Embora a adesão à PNAISP seja facultativa, diversos estados e municípios já firmaram compromisso com a política, buscando melhorar a assistência à saúde no sistema prisional. No entanto, a efetivação da política enfrenta desafios, como a insuficiência de recursos e a superlotação das unidades prisionais, que dificultam a promoção de saúde de forma adequada (BRASIL, 2014c; FERRAZ, 2015).

Diante desse cenário, a PNAISP representa uma oportunidade para repensar o sistema de saúde prisional, promovendo uma abordagem mais humanizada e integrada. No entanto, é necessário um esforço conjunto de diversos atores sociais para superar os desafios e garantir o direito à saúde para a população privada de liberdade, em



consonância com os princípios dos direitos humanos e da dignidade humana (MORAIS, 2010; Herrera Flores, 2009). Diante disso, o presente trabalho visa identificar como é realizada a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de escopo, com o intuito de responder a pergunta: “Como é prestada a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade em Brasil?”. Em relação as etapas da pesquisa foram definidas de acordo com as diretrizes do protocolo PRISMA. Esse método consiste em cinco estágios. Assim a pesquisa foi dividida em cinco etapas conforme o protocolo, sendo a primeira determinado a pergunta a ser respondida pelo estudo, identificar os estudos mais relevantes ao tema abordado, seleção dos estudos a partir dos indicadores utilizados na busca, coleta de informações e dados e posteriormente apresentação final dos resultados do estudo realizado.

A estratégia de busca utilizada teve como base nos seguintes descritores: “atenção à saúde”; “política”; “pessoas privadas de liberdade”; “sistema prisional”; com a utilização do operador *booleano* AND. Dessa maneira foi realizada uma busca pelas bases de dados Pubmed e SciELO. Com a relação à busca não houve uma limitação quanto o período de publicação dos artigos utilizados neste estudo e com relação ao tipo de estudo, assim os estudos selecionados foram considerados para posterior análise. O único filtro utilizado seria em relação ao idioma, foram utilizados apenas artigos em português.

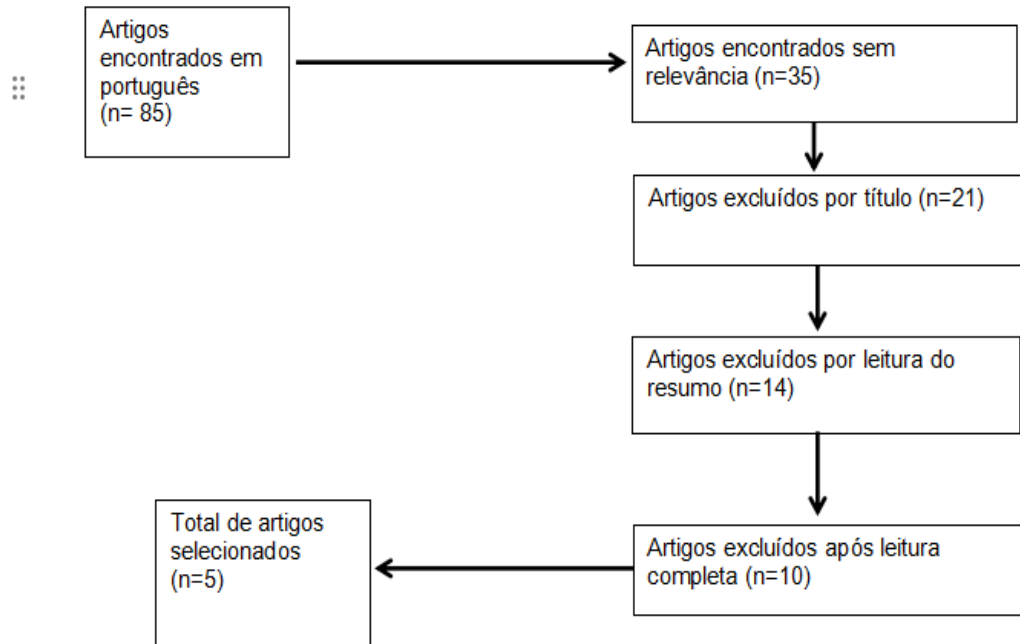
Posteriormente foram encontrados 85 artigos nas bases de dados. 35 estudos não foram relevantes para a pesquisa, após análise dos títulos 21 foram descartados, 14 após leitura do resumo e 10 com a análise completa do artigo. Assim, 5 foram escolhidos para esta pesquisa após os critérios de inclusão e exclusão.

Em relação aos critérios de inclusão, neste estudo foram escolhidos artigos em português, artigos que abordam a saúde no sistema prisional brasileiro, estudos que abordam o sistema prisional brasileiro de forma geral, artigos que abordam as políticas de evolução do sistema prisional brasileiro. Sobre os critérios de exclusão abordados foram para os artigos que não forneciam dados relevantes suficientes para a pesquisa.

No que se refere aos dados descartados, foram excluídos artigos que não

abordavam à saúde no sistema prisional brasileiro, artigos que tangenciavam o tema mas não abordava propriamente e artigos que não abordavam o sistema prisional brasileiro, além de não serem escolhidos artigos em outro idioma sem ser o português.

Figura 1. Fluxograma ilustrando o processo de pesquisa da literatura



Fonte: Dados da pesquisa

RESULTADOS

Os títulos e as principais informações contidas por cada um dos artigos escolhidos para compor essa revisão estão descritos no Quadro 1. A partir da análise dos resultados obtidos acerca de como funciona o processo de atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade no Brasil, com intuito de conscientizar sobre a realidade desta população e a busca por melhorias em relação ao acesso à saúde.

Quadro 1- Informações mais relevantes dos artigos selecionados

<p>1- Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade</p>	<p>É importante ressaltar que a instituição do PNSSP almejava harmonizar o disposto na LEP e o SUS, de modo que as PPL fossem menos invisíveis na política de saúde pública vigente no Brasil. Por sua vez, a PNAISP é voltada para a ampliação das ações de saúde no sistema, além da preocupação com seu financiamento. Ainda que um dos objetivos do PNSSP fosse o acesso dos prisioneiros à atenção à saúde, via SUS, observa-se na penitenciária onde este estudo foi realizado que a concretização desse objetivo ainda está distante. A PNAISP buscou assegurar avanços, se comparados às condições previstas no PNSSP, mas diversas instituições do sistema prisional do país ainda não aderiram completamente a essa política. Assim, pode-se concluir que ainda há muito a ser feito para reverter a situação atual.</p>
<p>2- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: Uma análise sobre a evolução normativa</p>	<p>A PNAISP, fundamentada nos princípios da integralidade e da intersetorialidade, se mostrou mais atenta, no plano normativo, às necessidades dessa população em relação ao PNSSP, porém o grande desafio continua sendo o de assegurar de maneira efetiva o direito constitucional à saúde das pessoas privadas de liberdade.</p>
<p>3- Cartilha Nacional de Atenção Integral à de Saúde das pessoas privadas de Liberdade.</p>	<p>A PNAISP surge após 10 anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, em que se constatou o decaimento desse modelo e observou-se a necessidade de incluir as pessoas privadas de liberdade ao Sistema Único de Saúde e garantir a Atenção à Saúde de acordo com os princípios da Universalidade, equidade e Integralidade.</p>



4- Cartilha de Atenção à Saúde a Mulher Privada de Liberdade.	Diante do contexto de vulnerabilidade da mulher privada de liberdade, é primordial que a Atenção Integral à Saúde da Mulher pautada nas complexidades e especificidades da saúde das mulheres privadas de liberdade referentes à saúde sexual, reprodutiva, ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao enfrentamento da violência.
5- Cartilha de Atenção à Saúde do Homem Privado de Liberdade.	A PNAISH deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, buscando estimular o autocuidado e prevenção de agravos e doenças. A política busca explicitar o reconhecimento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população masculina privada de liberdade.

Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

4.1 Características e Aspectos Históricos do Sistema Prisional Brasileiro

O sistema prisional como conhecemos hoje, é resultado de uma longa evolução histórica. O direito de punir do estado surgiu da vida comunitária, onde foram criadas regras comuns de convivência e a consequente punição ao agente infrator. Na Antiguidade, a pena impunha sacrifícios e castigos desumanos ao condenado, muitas vezes sem proporção entre a conduta delitiva e a punição. Com a Lei de Talião,



registrada pelo Código de Hamurabi, em 1680 a.C., estabeleceu-se a proporcionalidade entre a conduta do infrator e a punição.

A privação da liberdade começou a ser utilizada para preservar os réus até os julgamentos definitivos, sem conotá-la como sanção penal autônoma. Castigos como amputação de membros, guilhotina, forca, eram exibidos à população na forma de espetáculo, para servir de exemplo intimidativo. Posteriormente, a punição ganhou uma conotação de vingança e de castigo espiritual, acreditando-se que através dela poderia se aplacar a ira divina e regenerar ou purificar a alma do delinquente.

O sistema prisional brasileiro teve sua origem no período colonial, com a criação das primeiras cadeias. Antes disso, o sistema de justiça era baseado principalmente em sanções financeiras e públicas. A primeira legislação penal brasileira, o Ordenamento do Reino, de 1603, previa a pena de prisão como uma das formas de punição. Com a chegada da família real portuguesa ao Brasil em 1808, houve uma modernização do sistema prisional, com a construção de novas prisões e a reforma das existentes. Foi nesse período que surgiram as primeiras penitenciárias, inspiradas pelo modelo europeu.

O primeiro código penal brasileiro, de 1830, consolidou a pena de prisão como a principal forma de punição. Neste período, as prisões eram utilizadas principalmente para deter escravos rebeldes, e as condições desses locais eram bastante precárias, caracterizadas por superlotação, falta de higiene e violência. Em 1888, após a abolição da escravidão, o sistema prisional passou a ser utilizado para punir crimes cometidos por brasileiros em geral.

No século XX, houve diversas tentativas de reforma do sistema prisional, com a criação de novas leis e políticas públicas, tendo o seu ponto de destaque com a promulgação do Código Penal Brasileiro em 7 de dezembro de 1940. No entanto, os problemas persistiram e se agravaram, com o aumento da população carcerária e a persistência da violência e da superlotação.

A população carcerária do Brasil é uma das maiores do mundo, com muitas prisões operando acima de sua capacidade. A superlotação é um problema crônico, levando a condições degradantes dentro das prisões e dificultando a reabilitação dos presos. A



falta de investimento em infraestrutura e programas de ressocialização contribui para a reincidência criminal.

A violência é outro grande problema enfrentado pelo sistema prisional brasileiro. A disputa entre facções criminosas dentro das prisões resulta em confrontos violentos, motins e mortes. A atuação dessas facções muitas vezes se estende para além dos muros das prisões, influenciando a criminalidade nas ruas.

4.2 Doenças Prevalentes do Sistema Prisional

A população carcerária enfrenta uma série de desafios em relação à saúde, muitos dos quais são agravados pelo ambiente prisional e pelas condições de vida dentro das instituições penais. Entre as diversas questões de saúde enfrentadas por esses indivíduos, destacam-se não apenas as doenças infecciosas, mas também os transtornos mentais, que constituem um problema significativo e muitas vezes subestimado.

A atenção à saúde nas instituições de privação de liberdade é de suma importância do ponto de vista sanitário, embora muitas vezes seja negligenciada pelas autoridades públicas. No cenário internacional, os regulamentos delineiam claramente o princípio da equidade em saúde, exigindo que os serviços de saúde fornecidos nas prisões sejam equivalentes aos oferecidos à comunidade em geral. Reconhece-se globalmente que a atenção à saúde da população carcerária é um direito constitucional e uma necessidade de saúde pública (WHO, 2007).

No contexto brasileiro, o direito à saúde da população privada de liberdade é regulamentado por diversos parâmetros normativos, incluindo a Lei de Execução Penal (LEP), a Constituição Federal de 1988 e legislações que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) (FREITAS; PAULA, 2022). Destacam-se também a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMP), ambas de 2014, que orientam a prestação de serviços de saúde nas unidades prisionais (BRASIL, 2014a).

Para planejar e implementar as linhas de cuidado, é essencial conhecer a realidade local e compreender as principais necessidades de saúde da população,



incluindo doenças respiratórias, infectocontagiosas e transtornos mentais, que são especialmente prevalentes no ambiente prisional.

Os estudos analisados evidenciam a alta prevalência de doenças infectocontagiosas entre a população privada de liberdade, destacando a importância de abordagens preventivas e de intervenções eficazes para mitigar esses problemas de saúde. A privação de liberdade em ambientes prisionais cria condições propícias para a disseminação de doenças, o que afeta significativamente a saúde e qualidade de vida dos detentos.

O estudo de Lopes *et al.* (2019) revelou que uma parcela significativa dos indivíduos privados de liberdade apresenta fatores de risco para doenças infectocontagiosas, como uso de álcool, tabagismo e baixa escolaridade. A questão de gênero também se destaca como um elemento relevante na percepção do processo saúde-doença dentro do sistema prisional, conforme demonstrado por Oliveira *et al.* (2020). As mulheres privadas de liberdade enfrentam desafios específicos, incluindo dificuldades no acesso aos serviços de saúde e maior vulnerabilidade à violência de gênero.

Além disso, as condições de vida nos presídios aumentam o risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como destacado por Benedetti *et al.* (2020). A falta de conhecimento sobre prevenção, percepções distorcidas e condições precárias de aprisionamento contribuem para comportamentos de risco e para a alta prevalência dessas doenças entre a população carcerária.

A tuberculose também representa um desafio significativo para a saúde dos detentos, como evidenciado por Melo *et al.* (2022). O aumento no número de casos dessa doença nos presídios ressalta a necessidade de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento dentro do sistema prisional.

Por fim, a revisão sistemática de Pereira *et al.* (2019) destaca a alta prevalência de hepatites virais entre pessoas privadas de liberdade, especialmente entre os homens e aqueles com histórico de uso de drogas injetáveis. A detecção precoce e o tratamento adequado dessas infecções são fundamentais para prevenir complicações e melhorar a saúde dessa população.

Além disso, a falta de acesso a cuidados de saúde adequados dentro do sistema prisional pode resultar em lacunas na prevenção, diagnóstico e tratamento de uma



variedade de condições de saúde, incluindo doenças infectocontagiosas, transtornos mentais e doenças crônicas não transmissíveis. Essa falta de assistência médica de qualidade pode ter repercussões significativas não apenas para a saúde individual dos detentos, mas também para a saúde pública em geral, especialmente quando consideramos a possibilidade de transmissão de doenças para a comunidade após a liberação.

A questão da saúde mental no contexto prisional é uma preocupação de grande relevância, considerando o impacto das condições de encarceramento na vida dos detentos. A partir de uma revisão sistemática das produções científicas sobre saúde penitenciária, conduzida por Ferreira *et al.* (2020), torna-se evidente que o sistema prisional brasileiro enfrenta desafios significativos no que diz respeito à promoção e proteção da saúde mental dos indivíduos privados de liberdade.

A atenção à saúde mental dos detentos emerge como uma preocupação central, destacada por Schultz *et al.* (2020) ao analisar o ambiente prisional do ponto de vista de uma Equipe de Atenção Básica prisional. O ambiente de encarceramento pode tanto desencadear quanto agravar problemas de saúde mental, sendo que a escassa oferta de serviços sociais adequados contribui para a precarização das condições de vida dentro das prisões.

Além disso, é importante considerar a prevalência de transtornos mentais entre a população carcerária, como abordado por Feitosa *et al.* (2019). A dependência química pelo abuso de drogas ilícitas é um diagnóstico comum tanto entre homens quanto mulheres detidas, destacando a necessidade de abordagens específicas para o tratamento e reabilitação desses indivíduos.

A dependência química pelo abuso de drogas ilícitas é apenas uma das muitas facetas dos transtornos mentais que afetam a população carcerária. Além disso, transtornos como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno bipolar são comuns entre os detentos, como evidenciado por estudos como o de Feitosa *et al.* (2019) e outros.

A condição de encarceramento, muitas vezes associada a ambientes superlotados, violência, isolamento social e falta de acesso a tratamento adequado, pode agravar significativamente os sintomas de transtornos mentais preexistentes ou até mesmo desencadear o surgimento de novos problemas de saúde mental entre os



detentos.

Um aspecto fundamental abordado é o aumento significativo da população carcerária feminina nos últimos anos, destacando a necessidade urgente de compreender e atender às suas condições dentro do sistema prisional. Este aumento, mencionado no relatório InfoPen de 2012, evidencia uma série de desigualdades sociais entre as mulheres encarceradas, como idade jovem, alto percentual de mulheres negras e baixa escolaridade. Além disso, a maioria dessas mulheres está na faixa etária reprodutiva, o que reflete em problemas de saúde específicos, como vulvovaginites e câncer de colo de útero e mama (DELZIOVO *et al.*, 2015).

4.3 Evolução das Políticas de Atenção à Saúde para Pessoas Privadas de Liberdade

O sistema prisional brasileiro é regulamentado por duas peças legislativas que são o código e a lei de execução penal - LEP. De acordo com a LEP, é dever do Estado à assistência ao indivíduo privado de liberdade, com ação curativa e preventiva de agravos, sendo previstas uma variedade de especialidades de profissionais de saúde, esse atendimento poderá ocorrer no próprio sistema prisional em alguma sala ou em outro ambiente autorizado ao preso, também de fornecido o cuidado com as mulheres e em caso de gestação esse cuidado será estendido a criança.

Além de todas as obrigações contidas tanto no código penal quanto na LEP, é importante que o cuidado fornecido seja realizado de maneira imparcial e sem preconceitos quando for feita a assistência e tratamento de presos. Isso foi estabelecido no congresso das nações unidas realizado sobre o tema prevenção do crime e tratamento de delinquentes, na época realizado em Genebra, na Suíça no ano de 1955. Foi notado que mesmo nessa época já existia a preocupação com os direitos e deveres dessa população em especial. Com isso, foi proposto Regras Mínimas para o tratamento de prisioneiros, essas regras servem de referência para o mínimo que as penitenciárias e presídios devem seguir segundo a ONU para fornecer um tratamento adequado ao preso.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas para o fornecimento de melhores condições de saúde no sistema prisional brasileiro, são perceptíveis alguns avanços



nessa questão, ainda que não sejam suficientes para ocasionar grandes melhorias, como no ano de 2003 o Ministério da Justiça, em ação conjunta com Ministério da Saúde, publicou a Portaria Interministerial 1.777, que institui o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário - PNSSP (BRASIL, 2003).

A partir da publicação deste plano que foi um arranjo importante do SUS, que possibilitou a inclusão da população carcerária no SUS, essas medidas foram garantidas legalmente pela Constituição Federal, pela lei 8.080/1990, lei 8.142/1990 e por diretrizes de saúde como a LEP. Com isso a população do sistema prisional teria acesso á uma política referente apenas a eles, com intuito de solucionar os seus problemas de saúde, criada a partir de uma lógica baseada nos fundamentos e princípios do SUS.

O principal objetivo desse plano criado é fornecer atenção integral, em todas as esferas, para a população do sistema prisional brasileiro, tanto em unidades masculinas, femininas e até englobando unidades psiquiátricas. Gois *et al.* analisam o PNSSP como pautados nos princípios da ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, qualidade e transparência.

Em relação as diretrizes estratégicas desenvolvidas pelo PNSSP destaca-se assistência integral resolutive, de formada continuada e de boa qualidade às necessidades população carcerária, controle e redução dos agravos mais frequentes que acometem a população carcerária, provocar o reconhecimento da saúde como um direito à cidadania, estimular o exercício do controle social, contribuir para democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde e definir ações e serviços consoantes com os princípios dos SUS.

A criação do PNSSP possibilitou condições importantes e serviu como base para ações por parte de órgãos governamentais na busca de congruências entre o SUS e a execução penal. Com isso, trouxe uma maior visibilidade, ainda que pequena, para a população privada de liberdade brasileira e com suas requisições por atenção à saúde. É importante ressaltar que esse plano serviu como uma maneira de demonstrar a humanização da justiça no sistema prisional brasileiro.

Com relação às principais ações contidas no plano, o PNSSP, que seriam oferecidas a população carcerária estão cuidado com saúde da mulher, saúde mental, doenças



crônicas como diabetes e hipertensão; atenção curativa, promocional, preventiva voltada para higiene e saúde bucal, prevenção contra IST, HIV/AIDS, hepatites, tuberculose, Hanseníase, também como aquisição e controle de medicamentos; exames laboratoriais e vacinação.

No momento que foi feita a implementação do plano foi percebido alguns entraves que acabaram interferindo no funcionamento do plano como a dificuldade de encontrar profissionais da área da saúde disposta trabalhar no sistema prisional, o financiamento insuficiente, dificuldades de acesso à rede e falha nos atendimentos, dificuldade de inadequação de lógicas entre as instituições da saúde e as de segurança pública e entre outros aspectos serviram como empecilhos para concretização total do PNSSP (OLIVEIRA; COSTA; MEDEIROS, 2013; FERNANDES *et al.*, 2014).

Após uma profunda análise acerca de todos os problemas encontrados na implementação do plano, o Ministério da Justiça, em conjunto com o Ministério da Saúde, sistematizou várias informações e percebeu, baseado nos indicativos, que deveria haver mudanças, principalmente em relação ao âmbito da saúde, fazendo com que os princípios destacados no PNSSP tivessem em concordância com os princípios dos SUS. Dentre eles podem citados a possibilidade de atenção integral, fornecer universalidade, adequar os serviços de saúde fornecidos no sistema prisional para que se assemelhem com o que é realizado pelos modelos do SUS, melhoria na gestão e ampliação do financiamento desse serviço.

No ano de 2009, o Departamento Penitenciário Nacional (Depen) em ação conjunta com ministério da Saúde, que seria imprescindível a criação de uma política de saúde que realmente respeitasse os princípios dos SUS e que firmasse os indivíduos do sistema prisional como detentores desse direito.

A partir disso, com intuito de fornecer melhorias na assistência às pessoas privadas de liberdade, levando em conta os direitos humanos, todo o progresso conquistado ao longo dos anos com as políticas de saúde implantadas; os entraves enfrentados para fornecer uma assistência de qualidade e as carências dessa população, foi publicada em 2 de Janeiro no ano de 2014 a Portaria Interministerial n°1, desenvolvida em conjunto mais uma vez pelo Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, essa portaria instituiu a



Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade do Sistema Prisional (PNAISP) no SUS.

Com o intuito de fornecer assistência de forma integral no âmbito do SUS à população carcerária brasileira (BRASIL, 2014). A nova portaria ministerial de 2014 reafirma o respeito à justiça social, aos direitos humanos, à equidade, à assistência integral no âmbito do SUS, defende a corresponsabilidade interfederativa e reafirmar o poder do controle social. Essa nova portaria busca através de suas novas diretrizes diminuir carências da assistência e promove a inclusão do indivíduo privado de liberdade, e também reafirma o respeito as diferenças.

Esta permitiu definir a as competências dos entes federativos, com princípio de instruir em relação aos mecanismos que proporcionem adesão dos estados e municípios, com base na construção de planos operativos que precisam ser elaborados de forma conjunta.

O PNAISP precisava de um suporte organizativo e a partir dessa necessidade, foi publicado no dia 1º de abril 2014, mesmo ano da criação do PNAISP, pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 482, que passou instituir normas para operacionalização no Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 2014). Com o advento dessa nova portaria, discorre sobre a conformação das equipes que irão atuar no sistema prisional, o financiamento destas equipes e com relação a organização dos serviços.

Em relação ao sistema prisional brasileiro, é notável que as leis brasileiras que foram fundamentadas nos princípios dos direitos humanos, garantem à população carcerária brasileira os direitos fundamentais a todo ser humano. Contudo, ainda há muito a ser feito para garantir esses direitos a todos os indivíduos privados de liberdade no cenário brasileiro.

4.4 Contexto Atual da Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade

O contexto atual da atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil é marcado por desafios significativos e a necessidade de políticas públicas robustas e eficazes. As condições precárias e a superlotação das unidades prisionais brasileiras têm



um impacto direto na saúde dos detentos, exigindo uma resposta abrangente do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014, foi um marco importante na tentativa de integrar essa população ao SUS, garantindo-lhes acesso a cuidados de saúde de qualidade (BRASIL, 2014).

Antes da PNAISP, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), implementado em 2003, buscava atender às necessidades de saúde da população prisional. No entanto, o crescimento exponencial da população carcerária, que aumentou cerca de 120% entre 2003 e 2013, mostrou a insuficiência do PNSSP em lidar com a complexidade crescente do sistema prisional brasileiro. Em 2014, o Brasil possuía 563.526 pessoas encarceradas, enquanto a capacidade oficial era de pouco mais de 350 mil vagas. Esse cenário de superlotação agravava as condições de saúde, necessitando de uma política mais abrangente e eficaz.

A PNAISP tem como principal objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no SUS. Para isso, estabelece a formação de Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP), categorizadas conforme o número de custodiados e as necessidades de saúde mental. O financiamento das ações é assegurado por transferências regulares do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde, com valores que variam de acordo com o tipo de equipe e a carga horária.

A implementação da PNAISP inclui a utilização do Cartão Nacional de Saúde, a inclusão de dados nos sistemas de informação do SUS, e a definição de metas específicas para vigilância em saúde, como o controle de tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis e hepatites virais. A política promove também a articulação entre diferentes setores do governo e da sociedade civil, visando à humanização e à melhoria das condições de vida no sistema prisional.

Além disso, a PNAISP estabelece grupos condutores estaduais e municipais para monitorar e avaliar os resultados das ações implementadas. Essa estrutura de gestão integrada é essencial para identificar e solucionar problemas, ajustando as estratégias conforme necessário. A política também prevê a melhoria das condições de infraestrutura das unidades prisionais e a educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no sistema prisional, garantindo um atendimento de qualidade e baseado nos princípios do SUS.



A PNAISP foi instituída em 2014 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de integrar a população carcerária ao SUS. Ela surgiu como uma evolução do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, implementado em 2003, que já buscava aproximar os serviços de saúde da população prisional, mas mostrou-se insuficiente diante do crescimento e da complexidade do sistema prisional brasileiro.

Entre 2003 e 2013, a população carcerária aumentou cerca de 120%, passando de aproximadamente 240 mil para 600 mil pessoas privadas de liberdade. Em junho de 2014, o Brasil possuía 563.526 pessoas encarceradas, enquanto a capacidade oficial era de pouco mais de 350 mil vagas (BRASIL, 2014). Esse cenário de superlotação e as condições precárias das unidades prisionais potencializam os agravos à saúde, exigindo uma resposta mais robusta e abrangente, o que culminou na criação da PNAISP.

A PNAISP tem como objetivo principal garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no SUS. Para isso, estabelece a formação de EABP, que atuam diretamente nas unidades prisionais. Estas equipes são categorizadas em três tipos, conforme o número de custodiados e as necessidades de saúde mental (BRASIL, 2014):

- EABP I: para unidades com até 100 custodiados, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião-dentista e um técnico ou auxiliar de saúde bucal, com carga horária mínima de seis horas semanais.
- EABP II: para unidades com 101 a 500 custodiados, composta pelos profissionais da EABP I, acrescidos de um psicólogo, um assistente social e um profissional de nível superior de áreas específicas, com carga horária mínima de 20 horas semanais.
- EABP III: para unidades com 501 a 1200 custodiados, semelhante à EABP II, mas com a inclusão obrigatória de uma equipe de saúde mental, com carga horária mínima de 30 horas semanais.

O financiamento das ações previstas pela PNAISP é garantido por meio de transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde.

A política inclui ainda a implementação de sistemas de informação e o uso do



Cartão Nacional de Saúde, facilitando o acompanhamento contínuo e integral dos custodiados. A inclusão de dados nos sistemas de informação do SUS, como o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), é obrigatória, assegurando a visibilidade das condições de saúde e o planejamento adequado das ações.

A PNAISP também define metas específicas para vigilância em saúde, como a implementação de protocolos para o controle de tuberculose, ISTs, AIDS e hepatites virais. Essas ações são registradas eletronicamente, com acesso garantido aos custodiados. Além disso, a política prevê a articulação entre diferentes setores do governo e da sociedade civil, promovendo a humanização e a melhoria das condições de vida no sistema prisional.

Para alcançar esses objetivos, a PNAISP estabelece a criação de grupos condutores estaduais e municipais que monitoram e avaliam continuamente os resultados das ações implementadas. Essa estrutura de gestão integrada é crucial para identificar e solucionar problemas, ajustando as estratégias conforme necessário para assegurar a eficácia das ações e serviços de saúde no sistema prisional. Os grupos condutores são compostos por representantes das secretarias de saúde e administração penitenciária, conselhos de secretários municipais de saúde e outros órgãos relevantes.

A PNAISP também prevê a necessidade de melhorar as condições de infraestrutura das unidades prisionais, incluindo a adaptação de espaços para o atendimento de saúde, a garantia de salubridade e segurança, e a criação de ambientes adequados para a prática das atividades de saúde. Essas melhorias são essenciais para proporcionar um ambiente propício ao cuidado integral e humanizado (BRASIL, 2014).

Outro aspecto fundamental da PNAISP é a educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no sistema prisional. Isso inclui a capacitação contínua em áreas como diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas, saúde mental, saúde bucal e práticas de humanização e ética no atendimento. A formação e a educação permanente visam garantir que os profissionais estejam preparados para lidar com as especificidades e os desafios do ambiente prisional, promovendo um atendimento de qualidade e baseado nos princípios do SUS (BRASIL, 2014).

Por fim, a assistência farmacêutica é um componente crítico da PNAISP, que busca garantir o acesso regular e contínuo a medicamentos essenciais. A política prevê



a descentralização de recursos para a aquisição de medicamentos e insumos, assegurando que as unidades prisionais tenham os produtos necessários para o atendimento das demandas de saúde. A assistência farmacêutica é essencial para o tratamento e a recuperação da saúde dos custodiados, especialmente no manejo de doenças crônicas e infecciosas.

Em resumo, a PNAISP representa um avanço significativo na promoção da saúde e na garantia dos direitos das pessoas privadas de liberdade no Brasil. Ao integrar essa população ao SUS e promover ações de saúde abrangentes e coordenadas, a política contribui para a redução das desigualdades e para a construção de um sistema prisional mais justo, humano e comprometido com a dignidade e os direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos estudos selecionados, torna-se perceptível que apesar da criação de políticas públicas e outras medidas como leis e portarias que foram criadas ao longo dos anos com o objetivo de facilitar o acesso e ocasionar melhorias para que a população carcerária brasileira tenha acesso à saúde de forma completa assim como todos os benefícios do SUS, é notável que ainda existem entraves que prejudicam a execução dessas medidas de forma plena e que essa assistência não seja prestada da forma como deve ser feita.

A articulação intersetorial promovida pela PNAISP, envolvendo diferentes níveis de governo e setores da sociedade civil, é fundamental para a criação de um ambiente de cuidado humanizado. As ações de vigilância em saúde e a implementação de protocolos específicos para o controle de doenças infecciosas são essenciais para a promoção da saúde no ambiente prisional. A PNAISP representa um avanço significativo na promoção da saúde e na garantia dos direitos das pessoas privadas de liberdade no Brasil. Ao integrar essa população ao SUS, ela busca assegurar que os detentos recebam cuidados de saúde equivalentes aos oferecidos à população geral, contribuindo para a redução das desigualdades e para a construção de um sistema prisional mais justo e humano.



A formação das EABP e a alocação de recursos financeiros adequados são passos cruciais para a implementação eficaz da PNAISP. A política também enfatiza a importância da coleta e análise de dados de saúde, permitindo um monitoramento contínuo e a formulação de estratégias baseadas em evidências para enfrentar os desafios de saúde específicos da população carcerária onde as condições de vida muitas vezes favorecem a disseminação de doenças.

A melhoria das condições de infraestrutura das unidades prisionais e a capacitação contínua dos profissionais de saúde são aspectos críticos para a eficácia da PNAISP. A política reconhece a necessidade de um ambiente adequado para a prática das atividades de saúde e a importância de profissionais bem treinados e informados sobre as especificidades do atendimento em contextos prisionais

REFERÊNCIAS

BENEDETTI, Maria Soledade Garcia et al. Infecções sexualmente transmissíveis em mulheres privadas de liberdade em Roraima. **Revista de saúde pública**, v. 54, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 482, de 1º de abril de 2014. **Institui normas para a operacionalização da 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. 63, Seção 1, p. 48, 2014b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen). Brasília, DF, 2014c.

BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Regras de Bangkok**: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras. 2016.

DELZIOVO, Carmem Regina et al. Atenção à saúde da mulher privada de liberdade. 2015.



FEITOSA, Rúbia Mara Maia et al. Caracterização dos diagnósticos e psicotrópicos das pessoas privadas de liberdade: Characterization of diagnoses and psychotropics of persons deprived of their liberty. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, 2019.

FERRAZ, E. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional: uma experiência em Serviço Social na Perspectiva da Reintegração Social. 2015. 100 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

FERREIRA, Aldo Pacheco et al. Análise do sistema prisional brasileiro: revisão sistemática da situação de saúde na população privada de liberdade. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 8, n. 3, p. 365-385, 2020.

FREITAS, Nikaelly Lopes; PAULA, Bruna Souza. Encarceramento em Massa e Necropolítica em Tempos de Pandemia no Brasil: A Crise Permanente do Direito à Saúde Frente ao Estado de Coisas Inconstitucional. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, v. 21, p. 193-208, 2022.

LAPÃO, Luís Velez et al. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 713-724, 2017.

LOPES, Roberta Lopes et al. Ocorrência de doenças infectocontagiosas em pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 7, n. 2, 2019.

MELO, Robert Lincoln Barros et al. Análise epidemiológica dos casos novos de tuberculose em uma população privada de liberdade no Nordeste brasileiro. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e22411124903-e22411124903, 2022.

OLIVEIRA, Ridiney Santos et al. A questão de gênero na percepção do processo saúde-doença de pessoas privadas de liberdade em delegacias. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200199, 2020.

PEREIRA, Éverton Luís. Famílias de mulheres presas, promoção da saúde e acesso às políticas sociais no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2123-2134, 2016.

PEREIRA, Ívina Lorena Leite et al. Hepatites em pessoas privadas de liberdade: revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 3, p. 2095-2106, 2019.

SCHULTZ, Águida Luana Veriato; DIAS, Míriam Thais Guterres; DOTTA, Renata Maria. Mulheres privadas de liberdade no sistema prisional: interface entre saúde mental, serviços sociais e vulnerabilidade. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 19, n. 2, p. e36887-e36887, 2020.



SIMAS, Luciana et al. Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 10, n. 1, p. 39-55, jan./mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International travel and health: situation as on 1 January 2007**. World Health Organization, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 11 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Programa de Valorização da Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância. **Atenção à saúde da mulher privada de liberdade** [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7427/1/Saude_Mulher.pdf Acesso em 11 jul. 2024.

GOMES OLIVEIRA DE CARVALHO, N. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: Uma análise sobre a evolução normativa. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 6, n. 4, p. 112–129, 2017.

VALIM, E. M. A.; DAIBEM, A. M. L.; HOSSNE, W. S. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Revista Bioética*, v. 26, n. 2, p. 282–290, 2018.