

## MÓDULO 02

A OFERTA DE SAÚDE  
NO SISTEMA PRISIONAL

### AULA 01

ORGANIZAÇÃO E ACESSO DA SAÚDE  
NO SISTEMA PRISIONAL



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
OBJETIVO DA AULA	4
EQUIPES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE PRISIONAL	4
FORMAS DE FINANCIAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE	8
O PAPEL DAS EQUIPES DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL	12
CONCLUINDO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
FICHA TÉCNICA	20

## INTRODUÇÃO

Olá, participante!

Ao iniciarmos esta etapa do nosso curso, é importante saber que o principal objetivo do Módulo 2 é capacita-lo(a) para que você possa identificar a organização e o funcionamento da oferta de saúde no sistema prisional. O conhecimento produzido a partir do Módulo 1 auxiliará na sua compreensão sobre como o direito à saúde é efetivado no sistema prisional. Como vimos anteriormente, e de acordo com a sua prática profissional, você deve perceber que estamos diante de um tema bastante explorado do ponto de vista jurídico, mas que ainda encontra desafios para sua concretização no cotidiano. Por isso, neste módulo, nosso enfoque será nos principais aspectos que envolvem a oferta de ações de saúde no sistema prisional brasileiro, especialmente a organização e o funcionamento da oferta de saúde nesse ambiente. É muito importante que você fique atento(a) e visualize a sua rotina de trabalho, de modo que possa auxiliar em possíveis soluções para os desafios encontrados. Esperamos que o conteúdo deste módulo fundamente sua atuação em prol da oferta de ações de saúde no estabelecimento em que você atua.

Este módulo é formado por três aulas. A primeira é destinada ao conteúdo de organização e acesso à saúde no sistema prisional; a segunda trata sobre as atribuições e responsabilidades dos servidores na oferta de saúde no sistema prisional; e a terceira aborda a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, dos seus familiares e dos servidores do sistema prisional brasileiro.

Inicialmente, para entendermos a organização e o funcionamento da oferta de saúde no cárcere, retomaremos os principais aspectos do sistema prisional brasileiro e seu impacto na correlação com a saúde. Nesse sentido, em nossa primeira aula, vamos reiterar as definições das equipes de saúde previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

### IMPORTANTE!

A PNAISP surgiu com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral oferecido no âmbito do SUS.

Tendo em vista que as pessoas privadas de liberdade passam a ser visualizadas como destinatárias do atendimento integral ofertado no SUS, o serviço de saúde existente nas unidades prisionais passa a ser considerado um ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

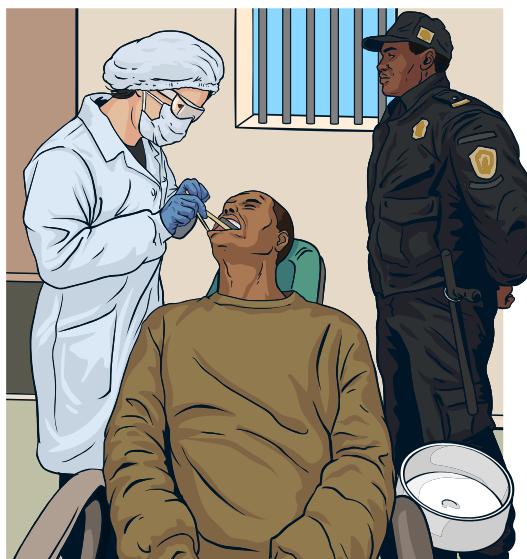
De acordo com o art. 2º, VI, do Decreto nº 7.508/2011, a Rede de Atenção à Saúde configura o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”.

Nesse sentido, reforçamos os conhecimentos produzidos até o momento, uma vez que a atenção à saúde no sistema prisional é configurada como porta de entrada para ordenar as ações e os serviços de saúde destinados à população privada de liberdade, materializando, desse modo, as ações voltadas à atenção básica. E no cotidiano? Como as equipes e os serviços devem ser organizados? Que formas de financiamento são possíveis? Quais atores estatais podem e devem estar envolvidos com a oferta de ações de atenção à saúde no cárcere? A partir dessas problemáticas, refletiremos sobre o desafio de organizar o acesso à saúde no complexo sistema prisional brasileiro.

## OBJETIVO DA AULA

Ao fim desta aula, esperamos que você seja capaz de compreender a atuação das equipes de saúde no âmbito do sistema prisional e a articulação que desenvolvem com a rede de atenção à saúde.

## EQUIPES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE PRISIONAL



Vários autores abordam a questão penitenciária e sua complexidade, a exemplo de Grensham Sykes (2017), o sistema prisional pode ser considerado um sistema social operativo, pois congrega uma série de variáveis que, reunidas, potencializam o surgimento de uma sociedade bastante peculiar. É sabido, sobretudo por aqueles que acessam o cárcere rotineiramente, que as práticas, as condutas e os comportamentos ali recorrentes fundamentam formas de atuação também diferenciadas, se comparadas às desenvolvidas no extramuros.

No entanto, quando tratamos do acesso à saúde, embora persistam peculiaridades, como abordamos até o momento, percebemos de igual modo que há um esforço estatal no sentido de produzir possibilidades de atuação para as equipes

de saúde que se assemelhem às ofertadas no SUS.

A saúde no sistema prisional deve ser executada de forma articulada e compartilhada entre diversos atores, daí a perspectiva de atuação multiprofissional das equipes, bem como da atuação em rede. Trata-se de uma política integrada que visa a levar os mesmos serviços ofertados fora do sistema prisional para a população custodiada.

Assim, temos que a política que evidenciamos neste curso visa não apenas à oferta de assistência à saúde com



qualidade e possibilidade de prevenção e redução da incidência de doenças e agravos, mas, sobretudo, intenciona que o indivíduo privado de liberdade seja percebido e atendido nas suas necessidades de forma holística e integral.

Devido a isso, ocorreu o esforço conjunto entre os Ministérios da Saúde e da Justiça no sentido de produzir a PNAISP. No entanto, precisamos compreender que, para operacionalizá-la, foi necessário editar outros normativos que fundamentam, por exemplo, a adequada composição das equipes de saúde.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde editou, também em 2021, nova redação para as normas de operacionalização da PNAISP, por meio da Portaria GM/MS nº 2.298, de 9 de setembro, que, ao considerar a população prisional e o funcionamento dos serviços de saúde, classifica-os no sistema prisional em três faixas, a saber:

I - unidades prisionais que contenham até 300 (trezentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 6 (seis) horas semanais, sob responsabilidade do ente municipal, por meio de eAPP;

II - unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 1.700 (mil e setecentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 20 (vinte) horas semanais, sob responsabilidade do ente estadual ou municipal, por meio de eAPP Essencial ou Ampliada;

III - unidades prisionais que contenham de 1.201 (mil duzentos e um) a 2.700 (dois mil e setecentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 30 (trinta) horas semanais, sob responsabilidade do estado ou município, por meio de eAPP Essencial ou Ampliada, podendo esta ser complementada.

Ainda de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.298/2021, os serviços de saúde deverão ser prestados por equipes multiprofissionais, reconhecidas como equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP). A composição das referidas equipes deve seguir o desenho apresentado neste quadro:

COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL (eAPP)	
População prisional	Composição mínima
I - Equipe de Atenção Primária Prisional com carga horária compartilhada com equipe de Saúde da Família (esF) e equipe de Saúde Bucal (eSB) do território.	1 médico, 1 enfermeiro, 1 cirurgião dentista, 1 técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem e 1 técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal.
II - Equipe de Atenção Primária Prisional Essencial.	1 médico, 1 enfermeiro, 1 cirurgião dentista, 1 técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem.
III - Equipe de Atenção Primária Prisional Ampliada.	1 médico, 1 enfermeiro, 1 cirurgião dentista, 1 técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, 1 profissional selecionado dentre as seguintes ocupações: Enfermeiro, Médico, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Nutricionista, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.
IV - Equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional.	1 médico psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental e 1 profissional selecionado dentre as seguintes ocupações: Psicólogo, Assistente social, Enfermeiro e 2 profissionais dentre as seguintes ocupações: Psicólogo, Assistente social; Profissional complementar de saúde bucal da equipe de Atenção Primária Prisional Essencial ou Ampliada 1 técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal.

FONTE: Portaria GM/MS nº 2.298/2021.

Na tabela a seguir, apresentamos a composição das equipes de saúde do sistema prisional brasileiro:

<b>DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE ATUAM NO SISTEMA PRISIONAL</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Total</b>
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	2.603
Enfermeiro	1.534
Psicólogo	1.207
Médico Clínico	868
Médico Ginecologista	32
Médico Psiquiatra	258
Técnico/Auxiliar Odontológico	399
Odontólogo	836
<b>TOTAL</b>	<b>7.197</b>

FONTE: Relatório do Infopen (BRASIL,2020).

Como vimos na tabela, as categorias referentes a auxiliar/técnicos de enfermagem, seguidas de enfermeiro e psicólogo, apresentam um maior quantitativo referente aos trabalhadores de saúde do sistema prisional quando comparadas a outras categorias. No entanto, a distribuição de profissionais de saúde em uma equipe multiprofissional em saúde tem o intuito de atender às particularidades e especificidades

das demandas de saúde do ambiente prisional e do público específico. Para o devido controle, torna-se recomendável que tais equipes sejam devidamente registradas para que se possa computar sua existência, bem como articular sua atuação em rede, conforme veremos adiante. Em que pese à dificuldade de registro e de acompanhamento para fins estatísticos do trabalho desenvolvido por tais profissionais, o SUS mantém o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que contém os principais dados sobre as equipes de saúde, entre as quais as multiprofissionais que atuam no sistema prisional.



Nesse sentido, é preciso que nos conscientizemos sobre a evolução constante pela qual passa o sistema de saúde brasileiro, e, considerando que as Equipes de Saúde no

Sistema Prisional o compõem, é esperado que acompanhem eventuais mudanças político-institucionais. A partir da Portaria MS nº 99, de 7 de fevereiro de 2020, houve a redefinição quanto ao registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no CNES, alteração essa que incluiu as eSP no referido sistema por meio do "código 74" e da identificação "eAPP - Equipe de Atenção Primária Prisional", em detrimento da classificação anterior: "05 - EPEN - Equipe de Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário". Situação ratificada pela Portaria GM/MS nº 2.298/2021, de recente instituição e com previsão de adequação das

equipes/transição para a nova organização institucional em até 180 dias.

Você deve estar se perguntando qual seria a relevância desse tipo de classificação. É importante destacar que todas as equipes de saúde no país devem ser cadastradas no CNES, inclusive aquelas que atuam exclusivamente no sistema prisional. Informações, como carga horária e características de formação de equipe, devem estar atualizadas, até mesmo para que se perceba a adequação dessas às previsões constantes nas portarias vigentes e se garanta o percentual sugerido de incentivo financeiro mensal.

Nada impede, contudo, que os sistemas locais de saúde e de administração prisional, em parceria, complementem as equipes de saúde e/ou adicionem profissionais



com habilitações diferenciadas, para além das previstas nas referidas portarias, desde que atendida a previsão de integralidade das ações de saúde ofertadas também no sistema prisional. Devemos ter em mente que, independentemente da configuração das equipes, o trabalho deve estar bem estruturado e a atuação deve respeitar as diretrizes da articulação em rede para a oferta qualificada de ações de saúde. Espera-se que os serviços de saúde no sistema prisional estejam integrados a uma Unidade Básica de Saúde do município em que estiver localizado o estabelecimento prisional. Com isso, a unidade prisional terá, em seu território, serviços de saúde

de referência, podendo inclusive alocar profissionais da rede local do SUS para a composição de Serviços e das eAPP, desde que devidamente cadastrados no CNES.

Conforme abordamos na introdução deste módulo, as Equipes de Atenção Primária Prisional compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, que basicamente "é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado", conforme o anexo da Portaria MS nº 4.279/2010. Nesse sentido, é possível afirmar que as eAPP atuam em unidades de saúde que se caracterizam como pontos de atenção à saúde, ou seja, "espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular". Ainda, considerando tal normativo, espera-se que a RAS e, por conseguinte, os pontos de atenção à saúde promovam "a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementem o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade,



eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica”, ou seja, que efetivem as previsões do SUS. De acordo com a Coordenação de Saúde (COS) do Depen, em Nota Técnica produzida em 2020:

Conclui-se que vem havendo um incremento no número de atendimentos de saúde nas unidades prisionais e que é importante aumentar gradativamente o número de profissionais de saúde no sistema prisional, principalmente no número de médicos e de odontólogos, com uma maior equalização da cobertura da PNAISP através de habilitação de mais equipes para que o atendimento ocorra preferencialmente dentro das unidades prisionais de forma a evitar a realização de escoltas e diminuir a demanda nos equipamentos de saúde do município e do estado. Mas o trabalho feito pelos Estados e Governo Federal demonstra que não é correto dizer que há grande precariedade dos serviços de saúde nas unidades prisionais. Destaque-se ainda que, mesmo após mais de um mês da chegada da pandemia do coronavírus no Brasil, não há qualquer caso confirmado da doença nos mais de 1.400 estabelecimentos prisionais brasileiros, e as medidas de prevenção e tratamento estão sendo implementadas, conforme portaria interministerial (MS e MJSP) nº 7, de 18 de março de 2020 (NOTA TÉCNICA nº 23/2020/COS/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ).

Ao compreendermos que as unidades de saúde do sistema prisional são consideradas pontes de atenção à saúde, mais uma vez referendamos o entendimento de que as ações de saúde ofertadas dentro e fora da prisão devem possuir o mesmo padrão de qualidade e o mesmo objetivo: promover a saúde do cidadão, quer esteja livre ou recluso temporariamente. Além disso, evidenciamos o compromisso existente para que a atenção básica prisional estabeleça relações horizontais entre os pontos de atenção (outros serviços de saúde).

## SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre normativos que parametrizam o SUS, acesse a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, disponível no *link*:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html).

## FORMAS DE FINANCIAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE

Conforme noticiamos anteriormente, o registro das equipes de saúde no CNES é relevante para muitas ações, entre as quais destaca-se o financiamento. Logo, precisamos pontuar que a transferência de recursos financeiros destinados à implementação das ações de saúde está condicionada à habilitação de Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) previamente cadastradas no CNES.

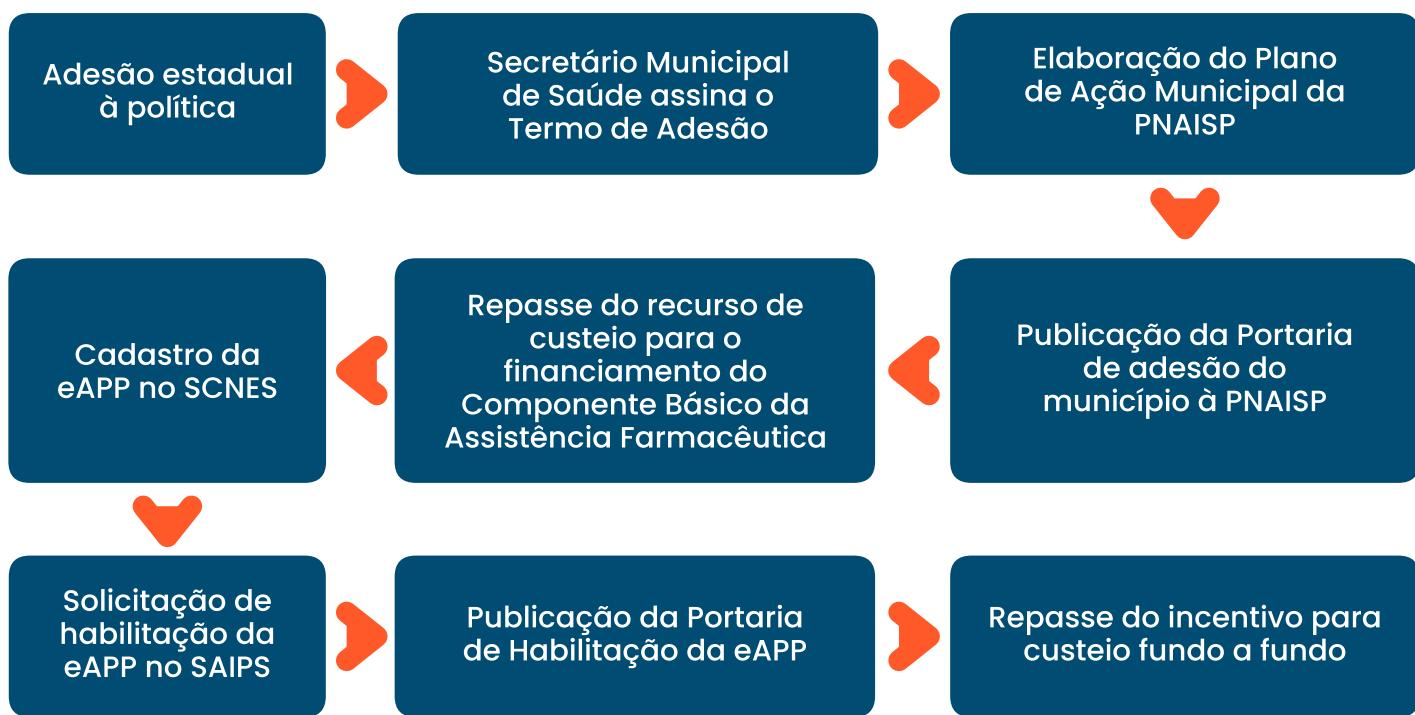
Como já vimos, o número de pessoas privadas de liberdade em um estabelecimento prisional e o perfil epidemiológico de tal população determinarão as modalidades de equipe, bem como suas cargas



horárias. Sendo assim, a organização das equipes nas modalidades especificadas definirá, também, o montante financeiro a ser repassado aos partícipes da pontuação.

Com a implementação da PNAISP, previu-se que a adesão às diretrizes emanadas por essa política poderia gerar um “incentivo financeiro de custeio mensal” calculado com base na classificação e no quantitativo de equipes regularmente habilitadas.

Não obstante, a habilitação das equipes depende da adesão inicial à PNAISP, por parte dos entes federados (estados e/ou municípios), que deverão obrigatoriamente comprometer-se a implantar a política em seu território a partir da apresentação de um Plano de Ação Estadual ou Municipal de assistência à saúde para as pessoas privadas de liberdade. Para a formalização da adesão, publica-se seu extrato no Diário Oficial da União, sendo autorizado, posteriormente, o início do processo de habilitação das equipes. Para compreender quais são as etapas anteriores à referida habilitação, veja o fluxograma a seguir.



**Fonte:** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/adesao>

É importante frisar que, na portaria de habilitação, serão indicadas pelo Ministério da Saúde quais as eAPP poderão ser credenciadas e farão jus ao repasse financeiro via transferência do fundo nacional ao fundo estadual e/ou municipal, a depender de quem estiver pactuando. A Portaria GM/MS nº 2.298/2021 prevê, ainda, que a manutenção do financiamento está condicionada ao monitoramento e à avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas pelas equipes a partir do cadastramento delas no SCNES,

bem como da alimentação de dados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). O ente federativo beneficiário também deve apresentar comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). Em 2020, a cobertura de equipes habilitadas, por unidades penitenciárias por Estado, identificada pela COPRIS/MS foi a que segue:

<b>COBERTURA DAS EQUIPES PNAISP NAS UNIDADES PENITENCIÁRIAS – POR ESTADO</b>				
<b>UF</b>	<b>Equipes estaduais habilitadas</b>	<b>Equipes municipais habilitadas</b>	<b>Total de equipes habilitadas</b>	<b>PPL das UP com eAPP Habilidades</b>
AC	3	1	4	2439
AL	8	0	8	4112
AP	0	0	0	0
AM	0	8	8	1059
BA	2	2	4	1987
CE	17	1	18	20378
DF	11	0	11	16824
ES	19	0	19	17129
GO	0	34	34	4505
MA	3	16	19	2547
MT	0	4	4	615
MS	0	40	40	10933
MG	0	47	47	17346
PA	6	5	11	6645
PB	1	4	5	701
PR	0	6	6	2042
PE	25	4	29	31515
PI	0	6	6	1192
RJ	0	4	4	4840
RN	0	11	11	6046
RS	0	33	33	18187
RO	0	7	7	1702
RR	1	0	1	1529
SC	0	24	24	12075
SP	8	0	8	8864
SE	0	0	0	0
TO	1	27	28	2820
<b>Brasil</b>	<b>105</b>	<b>284</b>	<b>389</b>	<b>198.032</b>

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/monitoramento>

No entanto, mesmo após a habilitação, a Portaria GM/MS nº 2.298/2021 prevê situações que poderão resultar em suspensão de repasses financeiros, pelo Ministério da Saúde, entre as quais se vislumbram:

- I – ocorrência de duplicidade de registro de profissionais após um período superior a 2 (duas) competências consecutivas do SCNES;
- II – ocorrência de equipes incompletas após um período superior a 2 (duas) competências consecutivas do SCNES;
- III – ocorrência de equipes ausentes ou desativadas no SCNES;
- IV – ocorrência de equipes mantidas em estabelecimento de saúde com CNES desativado, de forma imediata à competência financeira da ocorrência;
- V – ausência de envio de informação à base de dados nacional após um período superior a 3 (três) competências consecutivas do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (Portaria GM/MS nº 2.298/2021).

O gestor local deverá regularizar a situação identificada, o que, em não ocorrendo, acarretará a desabilitação do serviço e consequente corte do repasse financeiro por parte do Ministério da Saúde. Uma nova habilitação poderá ser solicitada, desde que atendidas todas as exigências descritas no infográfico apresentado anteriormente.

Torna-se relevante observar ainda que há previsão de repasse financeiro não apenas às equipes de saúde habilitadas, mas também às assistências específicas de saúde, tal como a farmacêutica. Por essa lógica, é realizado anualmente o repasse financeiro referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no âmbito da PNAISP. De acordo com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, o referido custeio “corresponde a um repasse anual de R\$ 17,73 (dezessete reais e setenta e três centavos) por pessoa privada de liberdade no sistema prisional. Para fins de cálculo do recurso, é utilizado o número de privados de liberdade disponibilizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen) ao Ministério da Saúde”.

Além de práticas exitosas, como o CBAF, é necessário especificar a existência da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. De acordo com o Ministério da Saúde, é um desafio manter a Rename diante da complexidade das necessidades de saúde da população, da velocidade da incorporação tecnológica e dos diferentes modelos de organização e financiamento do sistema de saúde.

## SAIBA MAIS!

Quer saber mais sobre o CBAF? Acesse:

<https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/assistencia>.

Quer conhecer a lista completa de medicamentos que foram contemplados na Rename 2020? Acesse:

<http://conitec.gov.br/images/Rename-2020-final.pdf>.



Embora estejamos diante de práticas consideradas exitosas, a rotina nos traz indicadores diversos. Em muitas realidades do sistema prisional, pelo fato de as equipes de saúde estarem alocadas no âmbito estadual, encontram-se dificuldades para a aquisição de medicamentos de atenção primária, geralmente adquiridos pelos municípios. Esse é um dos indicadores de que, apesar dos avanços, a assistência farmacêutica ainda apresenta inconsistências, principalmente no sistema prisional, considerando suas deficiências gerenciais e estruturais.

Contudo, mesmo diante de desafios cotidianos, percebe-se que com medidas preventivas e de promoção à saúde, tais como a educação em saúde, o uso racional de insumos e o aperfeiçoamento constante das equipes, torna-se possível otimizar os recursos financeiros disponibilizados, aumentar a satisfação do usuário em relação aos serviços prestados e obter impacto positivo sobre as condições de saúde da população prisional.

## O PAPEL DAS EQUIPES DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL



A equipe de saúde no sistema prisional atua com base nas diretrizes preconizadas para a atenção básica, entre os pontos diferenciais, destacam-se o ambiente no qual as ações de assistência são prestadas e as condições do público atendido. Considerando o art. 2º da Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a atenção básica envolve “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população

em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.

A partir de atendimentos específicos e humanizados, é comum que as equipes de saúde que atuam nas eAPP conheçam a população que atendem e acompanham. Tal observação se torna relevante considerando a elevada rotatividade dos custodiados entre as unidades, devido a transferências, inclusões ou mesmo saída do sistema prisional.

Ponto fundamental, nesse sentido, é o acometimento de doenças e/ou agravos diferentes daqueles rotineiros em outras unidades de saúde. Como vimos



em aula anterior, nos estabelecimentos prisionais predominam as doenças infectocontagiosas e aquelas relacionadas à saúde mental dos reclusos. Outras situações de urgência e/ou emergência se tornam características pontuais dessa população.

Observações como essas já demonstram o quanto os atendimentos de saúde, embora de atenção primária, quando desenvolvidos em estabelecimentos prisionais, revestem-se de peculiaridades.

Ponto fundamental, nesse sentido, é o acometimento de doenças e/ou agravos diferentes daqueles rotineiros em outras unidades de saúde. Nos estabelecimentos prisionais, predominam as doenças infectocontagiosas e aquelas relacionadas à saúde mental dos reclusos. Outras situações de urgência e/ou emergência se tornam características pontuais dessa população, considerando, por exemplo, eventuais brigas entre grupos rivais, assim como emergências psiquiátricas decorrentes de doença mental emergente ou potencializada pelo contexto de confinamento e/ou consumo de ilícitos, além de outros episódios recorrentes no ambiente prisional, tais como greve de fome, tentativa de suicídio e automutilação.

Portanto, o papel desempenhado pela equipe de saúde nesse contexto se relaciona à necessária adequação/adaptação de sua prática a um ambiente até então diverso para os atendimentos de saúde. Ratificamos, assim, a necessidade do estabelecimento de cooperação com os profissionais da segurança que atuam diretamente na custódia dos reclusos. Logo, sugere-se que a atuação dos profissionais de saúde no sistema prisional articule o saber técnico-científico que possuem e as variáveis emergentes na realidade específica do local. Todavia, é sempre relevante observar a existência de um limite para a atuação qualificada dessas equipes, quer devido à carência de estudos que problematizem a realidade das eAPP, quer devido aos acontecimentos diferenciados que ocorrem no sistema prisional. Em especial,



nestes últimos, embora sejam considerados os riscos potenciais que uma transferência ou remoção de pessoas privadas de liberdade possa configurar, na iminência de uma situação mais complexa, o acionamento do serviço móvel de urgência e emergência é primordial. Nesses casos, o profissional de saúde é o mais indicado a orientar como proceder, assim como deve ser o convededor da rede de atenção a que poderá recorrer, encaminhando o enfermo para a unidade de saúde de referência para o sistema prisional.



Por isso, a importância do que difundimos aqui. É imprescindível que as eAPP se articulem com as

equipes de outros serviços de saúde para garantir à pessoa privada de liberdade o atendimento das suas necessidades, independentemente do grau de complexidade da atenção à saúde que ela necessite. Dessa forma, busca-se junto às equipes de referência um suporte e assistência de modo a realizar a remoção e/ou transferência da pessoa privada de liberdade para outro serviço de saúde apenas em casos em que não seja possível solucionar o problema na unidade de saúde de origem.

Uma atuação diferenciada nas unidades prisionais pode ser alcançada ainda a partir da maior proximidade com os diferentes Conselhos das categorias profissionais dos trabalhadores de saúde. É bastante recomendável que estes acompanhem, fiscalizem e até mesmo normatizem a atuação dos profissionais de saúde de modo que os Conselhos desenvolvam boas práticas de participação social, bem como ofereçam suporte qualificado aos profissionais que representam. No entanto, a realidade atual é bastante diversa, uma vez que existem poucas resoluções e/ou portarias específicas para a atuação no sistema prisional, o que dificulta o direcionamento das ações de saúde dos profissionais em situações não previstas em legislação profissional.

## SAIBA MAIS!

Um exemplo a ser destacado é do Conselho Federal de Psicologia, com a publicação de resolução que regulamenta a atuação da(o) psicóloga(o) no âmbito do sistema prisional. Acesse-a em:

[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/resolucao\\_012-11.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/resolucao_012-11.pdf).

Além disso, houve a divulgação recente de uma ampla pesquisa realizada com o foco na atuação do psicólogo no campo da execução penal. A íntegra do relatório está disponível em:

[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/BR84-CFP-Rel-SisPenalBrasileiro\\_web\\_vs3.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/BR84-CFP-Rel-SisPenalBrasileiro_web_vs3.pdf).<http://conitec.gov.br/images/Rename-2020-final.pdf>.

Na mesma linha, propondo a atuação intersetorial entre os principais atores que desenvolvem suas práticas no ambiente prisional, o Modelo da Gestão da Política Prisional, produzido a partir de uma cooperação entre Depen e PNUD, e publicado pelo CNJ, recomenda, em sua décima diretriz, que “os estabelecimentos prisionais deverão ser compreendidos como espaços intersetoriais, nos quais se articulem diferentes políticas públicas e sociais, com vistas ao cumprimento da legislação pertinente e das diversas assistências e serviços a que têm direito as pessoas privadas de liberdade” (BRASIL, 2020a, p. 53). Logo, ressaltamos a importância da intersetorialidade no âmbito da atuação dos profissionais de saúde e a inclusão das pessoas privadas de liberdade como destinatárias das diversas políticas existentes.

## SAIBA MAIS!

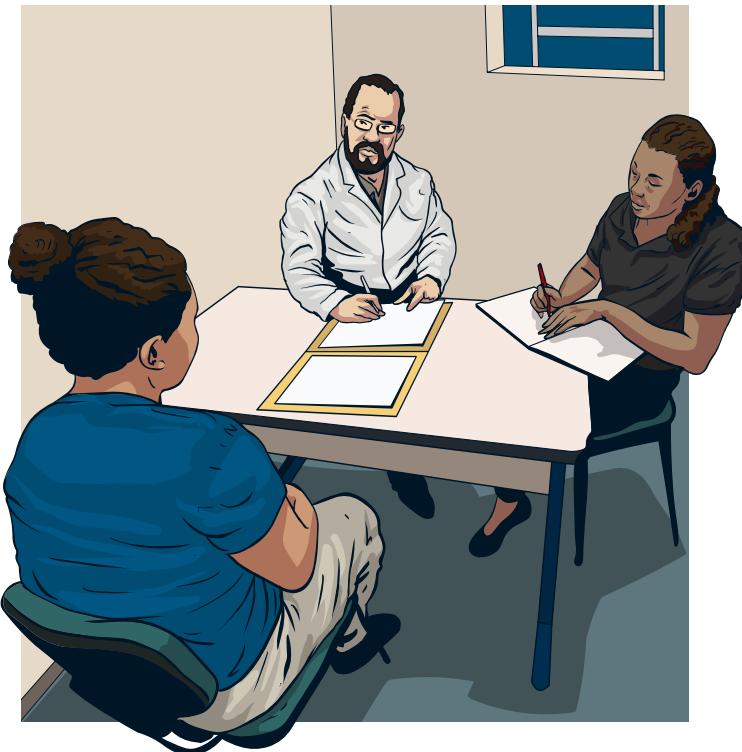
Outro exemplo que pode ser citado, nesse sentido, configura-se como uma estratégia do Ministério da Saúde para o atendimento público e universal de atenção integral à gestante, parturiente, puérpera e ao bebê, conhecida como Rede Cegonha.

Considerando que não há outra restrição de direitos às pessoas privadas de liberdade, exceto seu direito de ir e vir, os demais devem permanecer resguardados e assegurados pelo Estado, inclusive o direito à saúde, à dignidade e à vida, previstos constitucionalmente. Assim, observa-se que as mulheres reclusas também fazem jus a tal política pública. Para saber mais sobre a Rede Cegonha, acesse:

<https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha>.

Outras estratégias estatais vêm sendo adotadas, no decorrer dos anos, com a finalidade de reforçar a atuação conjunta e intersetorial no que se refere à oferta de assistência à saúde em prisões, tais como a prevista na Portaria nº 2.613/GM/MS, de 19 de novembro de 2012, segundo a qual é instituído o Comitê de Especialistas em Saúde Prisional. De acordo com o referido normativo, o comitê será composto de “membros que representam os segmentos do poder público, da comunidade científica e da sociedade, oriundos de instituições públicas e privadas envolvidas em atividades de pesquisa”. A aproximação da comunidade acadêmica da área de saúde com o sistema prisional foi pensada como uma forma de contribuir para a melhoria da pesquisa e das estratégias de saúde em ambientes de confinamento. Entre as competências do referido Comitê, destacam-se: a contribuição para a formulação da política nacional de desenvolvimento científico e tecnológico, a assessoria à área de saúde prisional no que se refere à agenda nacional de pesquisa, o estímulo a tomadas de decisão com base em evidências científicas, a análise e o acompanhamento de pesquisa em áreas prioritárias,





bem como o fortalecimento da ética na pesquisa em estabelecimentos prisionais. A atuação inequívoca do Comitê reforça outra necessidade no campo: o aperfeiçoamento permanente das equipes orientado por evidências científicas que promovam o saber fazer técnico, político e ético.

As carências percebidas na formação inicial desses profissionais, considerando que as Universidades ainda carecem de qualificação específica para o sistema prisional, são reforçadas no cotidiano a partir dos desafios encontrados para adaptar as práticas de trabalho. Assim, os trabalhadores de saúde do sistema prisional, via de regra, possuem a oportunidade de vivenciar o ambiente prisional apenas

quando propriamente adentram no mercado de trabalho. Além das dificuldades próprias do ambiente, o contato pouco ou inexistente com a área durante a formação inicial dificulta o domínio da atuação, o que pode ser percebido anos mais tarde na inserção profissional.

Para além dos desafios e das superações constantes que as equipes de saúde do sistema prisional alcançam, elas não passaram ilesas ao enfrentamento da pandemia da covid-19. Embora a prisão seja uma instituição considerada fechada, o nível de reclusão da sua população ainda permitiria um contágio em larga escala, considerando as condições estruturais, físicas e humanas desses estabelecimentos. Todavia, um trabalho árduo, comprometido e verdadeiramente multidisciplinar fez com que os índices de casos e letalidade da doença ficassem aquém das previsões. Nesse cenário, pode-se considerar que a presteza das equipes de saúde e segurança garantiu que as condições de enfrentamento da doença fossem outras.



Assim, o desafio materializou formas de atuação antes apenas previstas, tais como: a efetivação das parcerias interinstitucionais, a atuação multidisciplinar intramuros e o apoio da gestão do sistema prisional em parceria com as secretarias de saúde municipais e estaduais. A necessidade de realização de exames, aquisição de testes rápidos, imunização de servidores do sistema prisional (saúde, segurança, psicossocial, entre outros) e das pessoas privadas de liberdade, suspensão de visitas, entre outras situações, fizeram com que as relações fossem intensificadas em face da emergência em saúde pública vivenciada.

Diante da pandemia da covid-19, também é possível verificar a dificuldade dos trabalhadores de saúde em sua atuação, haja vista o surgimento de uma doença nova e o acometimento das diversas pessoas, de diversas faixas etárias, precisando ter atualizações diárias em face da conduta a ser realizada frente a cada caso.

## SAIBA MAIS!

Para saber como o sistema prisional brasileiro enfrentou a covid-19, acesse:

[https://www.gov.br/depem/pt-br/assuntos/acoes-contra-pandemia/painel-de-monitoramento-dos-sistemas-prisionais.](https://www.gov.br/depem/pt-br/assuntos/acoes-contra-pandemia/painel-de-monitoramento-dos-sistemas-prisionais)

## CONCLUINDO

Nesta aula, foram abordados a organização e o acesso à saúde no sistema prisional, a configuração das equipes de saúde prisional e o seu papel, o financiamento das equipes de saúde e a articulação das equipes de saúde com a rede de atenção à saúde, inclusive em situações adversas, como no enfrentamento da covid-19.

Com essa abordagem, esperamos promover reflexões e fomentar o debate sobre a necessidade de serem efetivadas políticas públicas eficazes e eficientes e de enfrentamento dos desafios em face do cenário por vezes deficitário, em diversos aspectos, para além das dificuldades técnico-operacionais aqui narradas. Ressaltamos, nesse sentido, que se torna ainda mais importante a atuação em rede para a efetividade das ações de saúde nesse contexto e a composição equitativa de equipes bem qualificadas. Na próxima aula, estudaremos as atribuições e responsabilidades dos servidores na oferta de saúde no sistema prisional.

Até mais!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Atuação da(o) psicóloga(o) no campo da execução penal no Brasil: relatório descritivo.** Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/atuacao-dao-psicologao-no-campo-da-execucao-penal-no-brasil/>.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Modelo de gestão da política prisional:** Caderno I: fundamentos conceituais e principiológicos. Brasília: CNJ, 2020a. Disponível em:[https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/09/CAD\\_1-modelo\\_gest%C3%A3o\\_politica\\_prisional\\_eletronico.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/09/CAD_1-modelo_gest%C3%A3o_politica_prisional_eletronico.pdf). Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Nota Técnica nº 23/2020/COS/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ.** Brasília: MJSP, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notastecnicas/diversos/O%20acesso%20a%20saude%20no%20Sistema%20Prisional.pdf>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Sistema de Informações do Sistema Penitenciário Brasileiro.** Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília: MJSP; Depen, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 4 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: MS, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.613/GM/MS, de 19 de novembro de 2012.** Institui o Comitê de Especialistas em Saúde Prisional, de caráter consultivo, com a finalidade de assessorar as ações de saúde prisional. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatricesConsolidacao/com um/13365.html>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). Brasília: MS, 2014a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html). Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; MJSP, 2014b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html). Acesso em: 4 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020.** Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: MS, 2020d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais:** Rename 2020. Brasília: MS, 2020e. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Rename-2020-final.pdf>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.298, de 9 de setembro de 2021.** Dispõe sobre as 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). Brasília: MS, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2298\\_10\\_09\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2298_10_09_2021.html). Acesso em 28 set. 2021.

SYKES, G. **La sociedad de los cautivos:** estudio de una cárcel de máxima seguridad. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2017.

## FICHA TÉCNICA

© 2021. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização dessa obra. Deve ser citada a fonte e é vedada a utilização comercial.

Curso de Saúde Prisional: principais doenças e agravos. Coordenação-Geral de André Vinicius Pires Guerrero. Brasília: [Curso na modalidade a distância]. Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2021.

### Ministério da Justiça e Segurança Pública

#### Departamento Penitenciário Nacional

Tânia Maria Matos Ferreira Fogaça

*Diretora-Geral*

#### Diretoria de Políticas Penitenciárias

Sandro Abel Sousa Barradas

*Diretor*

#### Coordenação-Geral de Cidadania e Alternativas Penais

Cristiano Tavares Torquato

*Coordenador-Geral*

#### Coordenação de Saúde

Rodrigo Pereira Lopes

*Coordenador*

#### Fundação Oswaldo Cruz

Nísia Trindade Lima

*Presidente*

#### Fiocruz Brasília – GEREBC

Maria Fabiana Damásio Passos

*Diretora*

#### Escola de Governo Fiocruz Brasília (EGF)

Luciana Sepúlveda Köptche

*Diretora Executiva*

## **Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/ Fiocruz**

André Vinicius Pires Guerrero

*Coordenador*

### **Parceiros**

#### **Escola de Governo Fiocruz Brasília**

Avenida L3 Norte, s/n

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A

CEP: 70.904-130 – Brasília/DF

Telefone: (61) 3329-4550

### **Créditos**

Coordenação-Geral do Curso

André Vinicius Pires Guerrero

Letícia Maranhão Matos

### **Organização**

Coordenação de Saúde/DEPEN

Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/ Fiocruz

### **Revisão Técnica**

Graziella Barbosa Barreiros

Laura Diaz Ramirez Omotosho

Jéssica Rodrigues

Ricardo Gadelha de Abreu

Jairo Cesar de Carvalho Junior

Sérgio de Andrade Nishioka

June Corrêa Borges Scafuto

### **Revisão Técnico-Científica**

Deciane Mafra Figueiredo

Raquel Lima de Oliveira e Silva

### **Revisão e Acompanhamento Técnico-Pedagógico**

Luciano Pereira dos Santos

### **Conteudistas**

Ana Mônica de Mello

Rafaela Braga Pereira Veloso

Juliana Garcia Peres Murad

Sarah Evangelista de Oliveira e Silva

Paula Frassineti Guimarães de S

Stephane Silva de Araujo

## **Produção Núcleo de Educação a Distância da**

**EGF – Fiocruz Brasília**

### **Coordenação**

Maria Rezende

### **Coordenação de Produção**

Erick Guilhon

### **Design Educacional**

Erick Guilhon

Sarah Saraiva

### **Design Gráfico**

Eduardo Calazans

Daniel Motta

### **Revisão Textual**

Erick Guilhon

### **Produção Audiovisual**

Larisse Padua

### **Narração**

Márlon Lima

### **Desenvolvimento**

Bruno Costa

Rafael Cotrim Henriques

Trevor Furtado

Thiago Xavier

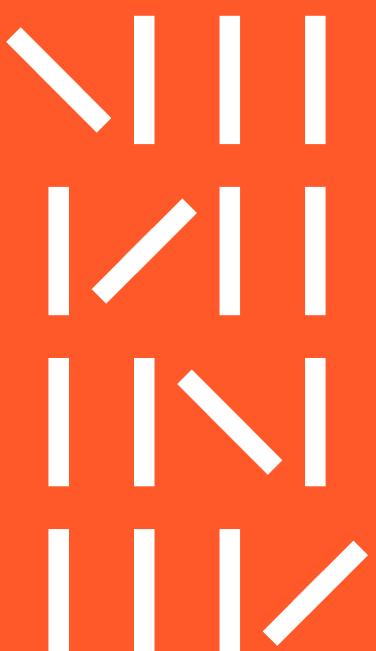
Vando Pinto

### **Supervisão de Oferta**

Meirirene Moslaves

### **Suporte Técnico**

Dionete Sabate



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.