



Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira

Health in the Prison System: a study on Brazilian legislation: a study about brazilian's legislation

Águida Luana Veriato SCHULTZ¹
Míriam Thaís Guterres DIAS²
Alzira Maria Baptista LEWGOY³
Renata Maria DOTTA⁴

Resumo: O artigo tem como objetivo identificar a produção normativa dos Legislativos Federal e Estadual, este do estado do Rio Grande do Sul, sobre o processo de implementação da Atenção Primária à Saúde no sistema prisional. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório e documental, com dados secundários (leis, decretos, normas, resoluções, portarias) publicados entre 2003 e 2016. Evidencia-se que, a partir da instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, inspirada na Política Estadual de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional, passaram a vigorar novos parâmetros e diretrizes que orientam o financiamento, a gestão e a fiscalização destes serviços, e as unidades básicas de saúde prisionais passaram a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Sistema Prisional. Legislação. Saúde Prisional.

Abstract: The article aims to identify the normative production of the Federal Legislative and the state of Rio Grande do Sul on the process of implementation of Primary Health Care in the prison system. This is a qualitative study of the exploratory and documentary type with secondary data (laws, decrees, norms, resolutions, ordinances), published between 2003 and 2016. With the institution of the National Policy of Integral Health Care to Imprisoned Person in the Prison System, inspired by Rio Grande do Sul's State Policy of Basic Health Care in the Prison System, parameters and guidelines orienting financing, management and supervision of these services started to invigorate. Prison health care units start to be a point of attention of the Health Care Network, following principles and guidelines of Brazilian's Unified Health System and Policy of Basic Care.

Keywords: Primary Health Care. Prison system. Legislation. Prison health.

Submetido em: 29/3/2017. Aceito em: 14/7/2017.

¹ Assistente Social. Mestranda em Política Social e Serviço Social. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho e Grupo de Estudos Avançados em Política de Saúde e Educação na Saúde (UFRGS, Porto Alegre, Brasil). Rua Ramiro Barcelos, nº 2600, Santa Cecília, Porto Alegre (RS), CEP.: 90035-003. E-mail: <aguida_schultz@hotmail.com>.

² Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Porto Alegre, Brasil). Rua Ramiro Barcelos, nº 2600, Santa Cecília, Porto Alegre (RS), CEP.: 90035-003. E-mail: <miriamtgdi@gmail.com>.

³ Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Porto Alegre, Brasil). Rua Ramiro Barcelos, nº 2600, Santa Cecília, Porto Alegre (RS), CEP.: 90035-003. E-mail: <lewgoy@terra.com.br>.

⁴ Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde, Métodos Diagnósticos e Epidemiologia das Doenças. Coordenadora da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde Integral da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional, da Secretaria da Saúde do Estado Rio Grande do Sul (SES-RS, Porto Alegre, Brasil). Rua Ramiro Barcelos, nº 2600, Santa Cecília, Porto Alegre (RS), CEP.: 90035-003. E-mail: <renata.dotta@uol.com.br>.

Introdução

O crescimento dos índices de encarceramento é uma tendência mundial. Entre as explicações para este fenômeno, destacam-se os modelos contemporâneos de justiça criminal, as políticas de enfrentamento às drogas e os custos do encarceramento comparados com as políticas de prevenção do delito (ARIZA, 2011; DOWNES, ROCK, 2012; WACQUANT, 2001). O fenômeno do hiperencarceramento é, portanto, resultante da aplicação de modelos contemporâneos de reformas da justiça criminal e das polícias, próprios de um modelo político, econômico e social capitalista (ZAFFARONI, 1998).

No Brasil, desde os anos 2000, a população prisional cresceu, em média, 7% ao ano, totalizando um crescimento de 161%, que representa uma taxa dez vezes maior que o crescimento do total da população brasileira. Atualmente, há um contingente de 775.668 pessoas sob custódia, incluindo aquelas em prisão domiciliar. Deste total, 41% estão sem condenação definitiva, e cerca de 4.400 são pacientes judiciários (BRASIL, 2014a).

Esta realidade vem exigindo medidas enérgicas por parte do poder público, sobretudo após a recente publicação de dois documentos oficiais: o último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (BRASIL, 2014a) e o Mapa do Encarceramento (BRASIL, 2015). O primeiro documento antecipou que, em 2075, no nosso país, uma em cada dez pessoas estará em situação de privação de liberdade. Já o segundo, assinalou que o crescimento da população carcerária foi impulsionado, principalmente, pela prisão de jovens, de negros e de mulheres, ou seja, no sistema prisional, há uma múltipla marginalização, na qual a questão social (IAMAMOTO, 2001; YAZBEK, 2001; NETTO, 2001) apresenta um recorte de gênero, classe, etnia e renda. Materializando, assim, um verdadeiro *apartheid* social.

Ao analisar o papel do Estado neste período particular do capitalismo (HARVEY, 2013; PEREIRA-PEREIRA, 2001), evidenciam-se múltiplas conexões que levam a uma trágica realidade histórico-conjuntural – aquela que reflete diretamente no panorama do sistema prisional. Portanto, identificar como as políticas sociais vêm tentando garantir a atenção à saúde, em uma perspectiva de integralidade e equidade, às pessoas privadas de liberdade faz-se fundamental para compreender como a Saúde Pública se desenvolve diante de um cenário tão específico como o sistema prisional.

Desde a década de 1980, o debate em torno da garantia do acesso à saúde das pessoas que vivem em prisão sob a responsabilidade do Estado passou a fazer parte da agenda governamental brasileira. O direito à saúde desse segmento populacional encontra-se especificamente contemplado no ordenamento jurídico nacional, sob o desenvolvimento de políticas específicas. A Lei de Execuções Penais (LEP) de 1984 foi o primeiro parâmetro normativo a garantir o direito à assistência à saúde em prisão (BRASIL, 1984). Poucos anos depois, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu, em seu artigo 196, que “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado [...]” (BRASIL, 1988), universalizando-o por meio da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), que, enquanto política social pública, integra princípios como de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade.

Mesmo que o debate sobre a política pública de saúde no sistema prisional nacional já perdure por 30 anos, foi apenas nos idos do século XXI, principalmente a partir da realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, que a temática assumiu *status* de interesse pelo poder público federal. A superação das dificuldades enfrentadas historicamente no que tange à garantia do direito à saúde daqueles que se encontram em prisão constituiu-se como uma das pautas prioritárias para a agenda da Saúde Pública neste período (BRASIL, 2004).

Desde então, o Legislativo e o Executivo, no âmbito federal, passaram a estabelecer um conjunto de normas complementares ao texto constitucional e à LEP, definindo diretrizes explícitas para a organização e a gestão da saúde no sistema prisional brasileiro, consonantes com as diretrizes e princípios do SUS e com ênfase na implementação de serviços e ações de Atenção Primária à Saúde (APS). Em consequência, a questão que norteou o processo investigativo se deu a partir do seguinte problema: como se processou a institucionalização da Política de Atenção Primária à Saúde no sistema prisional brasileiro? Em decorrência desse problema, o objetivo foi identificar a produção normativa dos Legislativos Federal e Estadual, no caso, do Rio Grande do Sul (RS), no que concerne ao processo de implementação da Atenção Primária à Saúde no sistema prisional.

Nesta perspectiva, mapear esta conjuntura político-jurídica brasileira auxiliará na análise e desvelamento de um fenômeno ainda pouco estudado, dado ao recente incremento de serviços de APS em prisão. Além disso, tem-se como propósito contribuir com a consolidação de dados e subsidiar futuras investigações a respeito do assunto, bem como instrumentalizar profissionais e gestores da saúde, na medida em que se busca sistematizar a lógica normativa contemporânea acerca do tema pesquisado.

2 Desenvolvimento

2.1 Percurso metodológico

O estudo qualitativo do tipo exploratório foi realizado por meio de uma pesquisa documental com dados secundários (GIL, 2010), a fim de identificar as legislações vigentes, em âmbito federal e do RS, que tratem sobre a Atenção Primária à Saúde em prisão. Foram selecionadas legislações publicadas (leis, decretos, normas, resoluções, portarias) entre o ano de 2003 e julho de 2016.

Este recorte histórico foi empregado porque, conforme se observou nesta etapa da pesquisa, foi no início dos anos 2000 que o Legislativo e o Executivo nacional e do estado-membro supramencionado passaram a definir diretrizes sobre a organização da assistência à saúde a ser garantida à população privada de liberdade. O conjunto normativo do RS foi selecionado para o estudo, por apresentar especificidades quanto à forma de gestão e gerência dos serviços de atenção básica em estabelecimentos prisionais.

O levantamento documental deu-se em bases de dados governamentais, através de sítios eletrônicos de acesso público, quais sejam: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Sistema de Legislação de Saúde (Saúde Legis); Portal do Ministério da Justiça; Rede de Informação Legislativa e Jurídica (LexML); Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP); Portal da Superintendência dos Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul

(SUSEPE-RS) e Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS). Essas bases de dados foram selecionadas por terem competências deliberativa e consultiva junto ao Ministério da Justiça sobre política criminal e formulação das regras a respeito das condições dos estabelecimentos prisionais.

Para a busca sistemática, foram adotados descritores, tais como: atenção básica prisional; atenção básica à saúde; unidades de saúde; atenção à saúde; equipe de saúde prisional; saúde em prisão; saúde penitenciária. Dois modos de busca foram empregados. Primeiramente, utilizou-se a busca por palavra-chave isolada e após por associação de duas ou mais palavras-chave, aumentando assim as variáveis de especificidade e exaustividade que influenciam diretamente na recuperação das informações coletadas. Nesta última fase de busca, foram utilizados os operadores booleanos (SALAZAR, 2013) permitindo uma identificação mais direcionada das legislações concernentes à temática proposta.

Um dado relevante que evidencia uma dificuldade encontrada no processo de busca dos documentos é a heterogeneidade dos sítios pesquisados, criando-se, portanto, a necessidade de seguir percursos de busca díspares. O mecanismo de busca em bases de dados do Ministério da Saúde, da Justiça e da SUSEPE-RS permitiu uma pré-seleção das normas pesquisadas, disponibilizando o acesso prévio ao ementário e/ou a indexação dessas normas. As demais bases não permitem a utilização deste recurso, tornando necessária a busca unitária em todo o banco de dados, pois este é dividido conforme o ano de publicação dos documentos.

Os documentos foram sistematizados e classificados em uma tabela Excel, conforme o seguinte ordenamento: descritor utilizado, título, ementa, indexação, número, ano, esfera de governo e órgão. Posteriormente, realizou-se uma nova seleção excluindo aqueles não diretamente relacionados ao escopo da pesquisa. Por fim, os parâmetros normativos foram sistematizados em quadros, ordenados em dois planos, quais sejam: as normas federais, oriundas do Poder Executivo, e as legislações específicas do estado do Rio Grande do Sul. A análise do material foi realizada através da Análise de Conteúdo. Entre as possibilidades de enfoques ou cortes, foi adotada a análise denominada temática, considerando as etapas de pré-análise, de exploração do material e de interpretação (BARDIN, 2016).

2.2 Resultados e discussões

Na primeira etapa da pesquisa, foram identificadas um total de 359 normativas, das quais apenas oito respondiam ao tema e aos objetivos da pesquisa. Estas foram submetidas a uma análise aprofundada, permitindo a caracterização das principais preocupações, motivações e caracterização da política praticada pelo poder público brasileiro no tocante à garantia do acesso à saúde às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, fundamentalmente pelo acesso à atenção primária à saúde. Considerando que a pesquisa se limitou a um único período histórico, é possível observar, de início, uma quantidade significativa de normas jurídicas acerca do tema.

No âmbito federal, por exemplo, foram encontradas seis normas, conforme os quadros 1 e 2. No que se refere às sancionadas pelo RS, há um total de duas normativas vigentes. A seleção quanto à fonte produtora permite identificar que o Executivo vem buscando dar

operacionalidade às normas jurídicas que tratam sobre a implementação de serviços de atenção básica à saúde no sistema prisional, estabelecendo critérios específicos para sua organização e gestão.

Neste artigo, entende-se que a Atenção Básica (AB) é um dos eixos estruturantes do SUS e indica o primeiro nível de atenção à saúde. Esta terminologia é adotada pelo Ministério da Saúde como sinônimo de outras adotadas internacionalmente, como Atenção Primária em Saúde e Cuidados Primários em Saúde (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002; MENDES, 2010). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012), é a normativa que orienta organização, implantação, implementação, gestão e financiamento da AB em território nacional.

Nesse sentido, a AB ou APS pode ser compreendida como aquela desenvolvida por equipes de atenção básica que planejam e executam suas ações em serviços específicos destinados a uma população e um território definido. Assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado dessas pessoas, e trabalham considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. De acordo com a PNAB, este nível de atenção deve ser o contato preferencial dos usuários com o SUS, uma vez que é a principal porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010). Dessa forma, possui um escopo importante de ações que podem contribuir para a atenção integral à saúde da população privada de liberdade no sistema prisional.

2.2.1 Legislações federais: de 2003 a 2014

No período entre os anos de 2003 a 2014, a política de saúde no sistema prisional passa a ser normatizada por legislações específicas que definem critérios para a organização da assistência, da gestão e do financiamento. Conforme mostra o Quadro 1, são instituídas diretrizes que passam a vigorar em todo o território nacional e alteram substancialmente a oferta de serviços e ações até então previstas em âmbito prisional.

Quadro 1 – Legislação Federal sobre o direito ao acesso à saúde por meio de Serviços de Atenção Básica no sistema prisional no período de setembro de 2003 a janeiro de 2014.

Título	Ementa	Destaques (artigos)
Portaria MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003..	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Art. 1º Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Art. 8º Estabelecer que a atenção básica de saúde, a ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, cujos profissionais terão uma carga horária de 20 horas semanais, tendo em conta as características deste atendimento.
Portaria MS/MJ nº 3.343, de 28 de dezembro de 2006	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).	Art. 3º Os valores de custeio do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário serão baseados no número de pessoas incluídas no Sistema Penitenciário Nacional, conforme dados do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça. Art. 4º Este Incentivo deverá financiar as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos a saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

Fonte: Sistematizado pelas autoras.

Em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) objetivando viabilizar o acesso da população privada de liberdade ao SUS, com a garantia de incentivos financeiros às unidades federativas qualificadas ao Plano (BRASIL, 2003).

Em seu art. 8, estabelece que o serviço de atenção básica deverá ser constituído por uma equipe mínima de profissionais, quais sejam: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Ao compará-la à composição de equipes previstas na PNAB, a Equipe de Atenção Básica prisional (EABp) condiz com um modelo ampliado, pois os profissionais psicólogos e assistentes sociais passam a compor a equipe de saúde. Observa-se que, na LEP, a ação dos psicólogos e assistentes sociais limitava-se mais a perícia e exames criminológicos, e o Plano prevê a inclusão destes profissionais a partir de outra lógica de trabalho, voltada para a atenção as necessidade de saúde e ao trabalho em equipe (SILVA, 2015). Isso demonstra que o atendimento às necessidades sociais das pessoas em prisão se constitui como um dos desafios centrais para qualificar a atenção à saúde em uma perspectiva de integralidade.

Tanto o PNSSP quanto a Portaria Interministerial nº 3.343, de 28 de dezembro de 2006, definem que cada equipe de saúde é responsável por até 500 pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2006). Nas unidades prisionais com até 100 pessoas, o atendimento deve ser realizado pela Unidade Básica de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família territorial, respeitando a composição de equipe citada anteriormente (BRASIL, 2003). Ou seja, nas instituições penais com menor população, não há necessidade de se ter uma unidade de saúde com equipe permanente no estabelecimento prisional, mas o acesso à saúde deve ser

garantido pela rede de serviços do município onde este é situado, muitas vezes acarretando a saída do preso da instituição prisional para atendimento em um serviço de saúde de referência.

Ambas as normativas estabelecem que tanto a gestão quanto a gerência das ações ofertadas pelo setor de saúde deverão seguir pactuações entre os gestores estaduais de Saúde e Justiça, os gestores municipais e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), podendo as Secretarias Municipais de Saúde assumir a gestão e a gerência do PNSSP em nível local. Quanto à composição orçamentária, definem que o incentivo às unidades federativas qualificadas será cofinanciado pelo Ministério da Saúde, em 70%, e da Justiça, em 30% (BRASIL, 2003; 2006).

De acordo com dados levantados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no período de 2003 a julho de 2013, evidenciou-se que, no Brasil, 100% dos estados e o Distrito Federal encontram-se qualificados ao PNSSP, o que representa 271 equipes de saúde no sistema prisional, habilitadas e ativas, e 239 unidades básicas de saúde prisional em penitenciárias, em 154 municípios. Esse total de equipes consideradas elegíveis ao PNSSP pode garantir acesso a aproximadamente 30% (200.000 pessoas) do total de pessoas privadas de liberdade no país (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

Mesmo diante desse panorama e das mudanças ocorridas na última década com vistas à qualificação dos serviços de saúde no sistema prisional, faz-se necessária uma análise sobre os fatores gerenciais e técnico-assistenciais que impactam na operacionalização do PNSSP (SILVA, 2015).

O primeiro refere-se ao incentivo financeiro previsto para implementação de serviços de saúde, o qual se mostra escasso, inviabilizando a habilitação de novos serviços e reduzindo a qualidade das ações ofertadas nos já existentes. O segundo refere-se às equipes prestadoras de assistência à saúde da população prisional, que atendem a duas faixas de atenção, e por isso requerem sete profissionais de saúde em cada uma, seja para a assistência a até 100 presos (em regime territorial, com carga horária mínima de 4 horas semanais), seja para o atendimento de 100 a 500 presos por estabelecimento prisional (com carga horária mínima de 20 horas semanais). O terceiro remete-se ao fato de que grande parte das equipes são análogas às do SUS, ou seja, vinculadas à administração penitenciária ou constituídas por uma composição híbrida. Este hibridismo significa que parte da equipe é composta por servidores vinculados à Secretaria Municipal de Saúde/ Secretarias Estaduais de Saúde (com diferentes tipos de vínculos contratuais) e parte vinculada ao Setor da Justiça ou Segurança Pública estadual.

O acesso limitado das equipes à utilização dos sistemas de informação do SUS impossibilita o monitoramento, a avaliação e o planejamento de ações concernentes à saúde prisional. Outro aspecto remete-se à lógica ambulatorial, que continua sendo a referência para a atenção à saúde no cárcere. O último fator, mas não menos importante, é a baixa articulação entre os serviços de atenção primária existentes nas prisões e os demais que compõem a Rede de Atenção à Saúde, demonstrando a fragmentação e a desconexão entre as unidades de saúde prisionais e os dispositivos intersetoriais – fundamentais para uma atenção integral à população privada de liberdade.

2.2.2 Legislações federais: a partir do ano de 2014

Os Ministérios da Saúde e da Justiça, através da portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2014, instituíram a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional, com vistas a garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado às ações e aos serviços do SUS (BRASIL, 2014b), com a mobilização de recursos financeiros mais significativos, bem como a alocação de estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais (SOARES FILHO; BUENO, 2016), conforme demonstra o Quadro 2.

Quadro 2 – Legislação Federal sobre o direito ao acesso à saúde por meio de Serviços de Atenção Primária no sistema prisional a partir de janeiro de 2014.

Título	Ementa	Destakes (artigos)
Portaria MS/MJ 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).	Art. 9º: I - a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida; e II - a oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde.
Portaria MS nº 482, de 1 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).	Art. 3º: Os serviços de saúde de que trata o art. 2º serão prestados por equipes multiprofissionais, denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), constituídas nos seguintes termos: I para unidades com até 100 (cem) custodiados: a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I; ou b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental; II para unidades que mantêm entre 101 (cento e um) e 500 (quinhentos) custodiados: a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II; ou b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental; e III para unidades que mantêm entre 501 (quinhentos e um) e 1200 (um mil e duzentos) custodiados: Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III.
Portaria MS nº 305, de 10 de abril de 2014.	Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui, na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP).	Art. 4º Os recursos de custeio, segundo a Portaria nº 482/GM/MS, de 1º de abril de 2014, serão repassados somente aos municípios e estados que tenham aderido à PNAISP e cujos estabelecimentos de saúde estejam habilitados, por meio de Portaria específica, com código de incentivo no CNES.
Resolução CNPCP nº 4, de 18 de julho de 2014.	Aprovar as Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	Notas do anexo: As diretrizes básicas se aplicam a quaisquer estabelecimentos que mantenham pessoas privadas de liberdade, em caráter provisório ou definitivo; 2.1. Devem ser contempladas ações de prevenção, promoção e cuidado em saúde, preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constantes na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), no âmbito do SUS; 2.2. Para a execução das ações de saúde integral, os sistemas prisionais deverão atuar em cooperação com os serviços e equipes do SUS, organizados de acordo com o consignado na norma de operacionalização da PNAISP e na PNAB.

Fonte: Sistematizado pelas autoras.

A PNAISP define que a unidade de saúde prisional passa a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, cuja responsabilidade pelas ações de Atenção Básica a serem ofertadas no âmbito do sistema prisional é do SUS, e que os atendimentos devem ser realizados para toda a população carcerária, sejam as pessoas que se encontram presas provisoriamente em delegacias de polícia, sejam as condenadas em penitenciárias federais (SOARES FILHO; BUENO, 2016). Isto representa um avanço no que tange o acesso da população carcerária aos serviços de saúde.

Reitera-se à distinção entre a *população penitenciária*, constituída de indivíduos julgados e

condenados, cumprindo pena em regime fechado (ou internação, no caso de medida de segurança) nos estabelecimentos penais (penitenciárias, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, presídios e colônias agrícolas ou agroindustriais) e a “carcerária”, que engloba as pessoas recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais, presos de regime aberto e presos provisórios; sendo que o Plano enfocava exclusivamente a primeira e a Política se estende à população carcerária (BARSAGLINI, 2016; SILVA, 2015).

A Portaria MS nº 482, de 1º de abril de 2014, contempla os princípios norteadores da PNAISP e institui, em todo o território nacional (BRASIL, 2014c), normas para a operacionalização desta Política, que vão desde a definição de tipos de equipes, conforme descrito no quadro 1, até o incentivo federal a ser repassado aos estados e municípios. Entende-se necessário, então, o aumento da agenda orçamentária do poder executivo, com o objetivo de garantir incentivos financeiros adequados à estruturação de unidades básicas de saúde e ao custeio dos serviços, com destaque para a criação de condições mais favoráveis (ambientais, salariais, instrumentais, estratégicas e operacionais) para que, de fato, a Rede de Atenção à Saúde, em âmbito local e regional, fortaleça sua capacidade de gestão, e a população custodiada seja atendida pelo SUS de modo universal, integral, resolutivo e contínuo.

De acordo com a Portaria MS nº 305, de 10 de abril de 2014, todas as unidades de saúde e equipes de saúde prisional deverão ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2014d). Esta normativa instituiu, no sistema de informação do SUS, as diferentes equipes de saúde previstas na Portaria 482/2014. O cadastro e a atualização das informações sobre as equipes no SCNES são pré-requisitos para a manutenção do repasse de recursos federais. Além do mais, isso contribui significativamente para o acompanhamento e monitoramento de dados relacionados ao desenvolvimento e à cobertura da política de saúde prisional em território nacional.

A Resolução CNPCP nº 4, de 18 de julho de 2014, publicada pelo Ministério da Justiça e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, é a última normativa incorporada pelo Executivo Federal no conjunto de leis que regem sobre a garantia e o acesso à saúde às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (BRASIL, 2014e). Esta Resolução define diretrizes básicas para atenção integral à saúde deste segmento populacional, seguindo os princípios que balizam a PNAISP e sobretudo as diretrizes preconizadas pela PNAB.

Diante disso, todos os estados poderão aderir à PNAISP por meio de pactuação com a União, a qualquer tempo, bastando atentar para a observação dos critérios estipulados pelo Ministério da Saúde. Uma vez estabelecida sua adesão à nova Política, os estados, municípios e o Distrito Federal terão garantida a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo, que também será objeto de ato específico do Ministério da Saúde.

2.2.3 Legislação estadual: panorama normativo do estado do Rio Grande do Sul

Diante da necessidade de ampliar e garantir o acesso à saúde de populações específicas, como é o caso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, o estado do Rio Grande do Sul, ao longo dos anos 2000, vem regulamentando diretrizes para gestão, organização, implantação e implementação de ações e serviços de saúde em estabelecimentos prisionais,

com ênfase na APS. Vem ocupando, portanto, espaços afirmativos nos territórios das Redes de Atenção à Saúde do RS, como prática inovadora e legitimadora da garantia do direito ao acesso à saúde dos usuários privados de liberdade em todo o território gaúcho.

Atualmente, estão vigorando duas Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite do RS (CIB-RS). No entanto, vale ressaltar que, desde o ano de 2005, ao criar o Plano Operativo Estadual (POE) de Saúde no Sistema Penitenciário (RIO GRANDE DO SUL, 2005), em cumprimento aos termos da Portaria nº 1.777/2003 (BRASIL, 2003), o estado do RS aprovou um total de cinco Resoluções CIB/RS, que definem, entre outros aspectos: a criação do incentivo financeiro estadual, complementar ao incentivo federal (RIO GRANDE DO SUL, 2006a); o Termo de Compromisso para os municípios que assumirem a gerência de saúde das Unidades Básicas de Saúde prisionais com mais de 100 pessoas presas (RIO GRANDE DO SUL, 2006b); e a alteração no valor anual do Incentivo Financeiro Estadual repassado aos municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

Com a municipalização, avanços significativos ocorreram no contexto de saúde às pessoas privadas de liberdade do Rio Grande do Sul, tornando-se possível consolidar uma linha específica de financiamento, como mostra o Quadro 3.

Quadro 3 – Legislação do Estado do Rio Grande do Sul sobre o direito ao acesso à saúde por meio de Serviços de Atenção Básica no sistema prisional.

Título	Ementa	Destques (artigos)
Resolução CIB nº 257 de 2011	Aprovar a alteração do Incentivo Estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas, conforme Resolução CIB/RS nº 54/2010	Art.4º - Aprovar o Termo de Compromisso dos municípios que assumirem a gerência de saúde das Unidades de Saúde Prisional, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria da Segurança Pública. Art.6º – Aprovar incentivo estadual complementar para custeio da unidade de atenção básica, compra de kits de materiais de consumo e insumos, manutenção de equipamentos e apoio técnico-administrativo. Art. 7º - A equipe de saúde prisional deverá desenvolver ações de atenção integral à saúde, na atenção à saúde da mulher e/ou do homem, saúde bucal, saúde mental e os principais programas que envolvem o tratamento e prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis. A equipe deverá atender às demandas de assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais. As ações de saúde mental devem focar a prevenção psicológica e a promoção da saúde, principalmente, no tratamento da dependência química e no trabalho com a prevenção dos efeitos do encarceramento, a partir de programas que estimulem a construção de projetos vitais, reinserção social e constituição e fortalecimento da rede de apoio e suporte social, laboral e afetivo, de forma conjunta e integrada com a equipe de saúde prisional.
Resolução CIB nº 453 de 2011	Aprovar a alteração do repasse financeiro para despesas de investimentos (construção, ampliação, equipamentos e material permanente), presente no artigo 2º da Resolução nº 257/11 - CIB/RS.	Art. 1º § 1º - O repasse financeiro ocorrerá mediante apresentação de Plano de Trabalho (modelo da Secretaria da Saúde/RS), aprovado tecnicamente pela SES/RS e pelo Conselho Municipal de Saúde, sendo transferido em parcela única. Art 2º - Aprovar repasse financeiro para cada Unidade de Saúde Prisional a ser habilitada, para despesas de custeio (adequação e reforma da unidade)

Fonte: Sistematizado pelas autoras.

A municipalização do cuidado em nível de atenção básica no RS ocorreu a partir da publicação da Resolução CIB nº 257/2011 (RIO GRANDE DO SUL, 2011a). Esta resolução

regulamentou um conjunto de estratégias para garantir a constituição de uma rede de cuidados integrais e aprovou uma linha de financiamento estadual para a habilitação de equipes municipais de atenção básica nos estabelecimentos prisionais. Este modelo de municipalização da gestão e atenção à saúde, com a formação de uma rede de ações e serviços específicos para o atendimento da população prisional, foi reconhecido pelos Ministérios da Saúde e da Justiça.

O Rio Grande do Sul formulou uma resposta diferente ao enfrentamento dos impasses nacionais à implementação do PNSSP, pois foi o único estado a construir uma política de cofinanciamento e cogestão, assumindo a articulação e a implementação de EABp vinculadas às redes de atenção à saúde das esferas municipais do SUS (ORNELL et. al, 2016).

Trata-se de uma proposta inovadora na perspectiva da universalidade, integralidade e equidade em saúde, pois reorienta o modelo de atenção em saúde para o cuidado integral, afastando-se da concepção limitada vigente no antigo modelo da saúde penitenciária, vinculada ao sistema de segurança e ao modelo penal, para dar visibilidade à concepção de saúde do sujeito no lugar de cidadão, como usuário do SUS.

Com base no modelo gaúcho, o Ministério da Saúde estabeleceu os critérios mínimos para implementação e funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional nacional, ao aprovar a PNAISP (PANICHI, 2014). A cada equipe habilitada há um repasse mensal, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, para a manutenção da unidade, incentivo este incluído como parte das responsabilidades da Secretaria Estadual da Saúde e proporcional ao número de pessoas privadas de liberdade nas casas prisionais.

Acrescenta-se que, face às precariedades existentes no sistema prisional e ao escasso financiamento do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, a Resolução CIB nº 257/2011 também criou incentivo específico para adequação da área de infraestrutura, aquisição de equipamentos e outros itens de materiais permanentes e, conseqüentemente, aparelhamento das unidades básicas de saúde nos estabelecimentos prisionais, no momento da adesão pelos municípios. Alguns meses depois, a Resolução CIB/RS nº 453/2011 (RIO GRANDE DO SUL, 2011b) aprovou a alteração do repasse financeiro para despesas de investimentos, aumentando o recurso financeiro por equipe de saúde prisional implantada.

Esta iniciativa fomentou o crescimento do número de EABp. Em 2016, 24 municípios possuíam presídios com Unidades Básicas de Saúde Prisional, atingindo a cobertura de atenção básica para cerca de 60% da população prisional do RS (custodiados em regime fechado). Atualmente, há 36 EABp, sendo 23 habilitadas pelo Ministério da Saúde e 28 pelo estado do RS (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O estado do RS inspirou-se nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, que afirma competir à gestão municipal a coordenação do cuidado, o gerenciamento dos recursos instalados no seu território, como também a responsabilidade pela garantia de acesso da população, de acordo com suas necessidades e independente do local onde o atendimento será prestado. Portanto, se comparado aos demais estados brasileiros, o RS não apenas inovou no financiamento das EABp ao criar um incentivo próprio, como também o fez ao municipalizar as equipes, instituindo um novo modo de fazer saúde no cárcere. Dessa

maneira, os municípios passam a assumir a responsabilidade pela implantação de UBSp nos mesmos moldes dos serviços de atenção básica existentes no território e oferecidos à saúde da população em geral.

4 Conclusão

Este estudo teve como norte o exame da implementação de normativas legais no âmbito das políticas sociais para a atenção primária à saúde voltadas à população privada de liberdade. Ao analisar os parâmetros normativos que fundamentam a Política Pública de Saúde no sistema prisional, evidenciou-se a existência de regulamentação específica – tanto em nível federal quanto estadual –, que estabelece um procedimento decisório claro, com definição de fluxo, financiamento e gestão, demonstrando que há parâmetros a serem aplicados homogeneamente em todas as unidades de saúde no sistema prisional nacional e do RS, com vistas à garantia de direitos e acesso a bens e serviços.

Nas normas analisadas, há associações entre as legislações gerais sancionadas pelo Legislativo Federal, como é o caso da Constituição de 1998, a LEP e o SUS, e as sancionadas pelo poder Executivo, como a PNAB e a RAS. Todas colaboram para a implantação da política pública de saúde no sistema prisional, com vistas à titulação e à vivência do direito à saúde durante o encarceramento, bem como para a criação de condições concretas para o acesso à saúde. Faz-se necessária a articulação e a conexão entre serviços, ações e programas existentes em nível interinstitucional como intersetorial a fim de garantir uma atenção integral à população que encontra-se em situação de privação de liberdade no sistema prisional. Este fato traz à tona que este segmento populacional se encontra privado de liberdade, mas não de seus direitos sociais. Diante disso, em termos de saúde, tem-se que é possível para uns deve estar disponível para todos.

Constatou-se que o modelo de APS vigente no RS inspirou o governo federal a implantar a Política Nacional de Saúde no sistema prisional, pois os cuidados primários à saúde pressupõem uma proximidade maior entre profissional, serviço de saúde e população usuária, bem como construção de vínculo, fatores estes intimamente relacionados à efetividade do tratamento em saúde. Neste sentido, prerrogativas do SUS e da PNAB são reiteradas na PNAISP, incorporando diretrizes de atenção que devem fazer parte do trabalho e dos serviços de saúde em estabelecimentos prisionais.

Evidencia-se que a legislação é um instrumento importante na garantia de direitos. Portanto, é certo que a produção adequada de leis deve ser acompanhada por políticas públicas eficazes e inclusivas, com instâncias e procedimentos fiscalizatórios eficientes, que consigam abarcar de maneira integral as necessidades desta parcela extremamente vulnerável da população brasileira. É urgente o resgate da cidadania e da saúde da população prisional. O primeiro passo já foi dado, principalmente com a aprovação da PNAISP, que dá visibilidade à pessoa privada de liberdade por meio da formulação de uma legislação adequada e favorável à política de saúde. Além disso, estabelece clara responsabilização dos entes e agentes estatais e dos procedimentos a serem adotados no cotidiano das EABp, reduzindo espaços de discricionariedade da autoridade penitenciária e estabelecendo critérios universais para o acesso a direitos.

Portanto, objetivar a conformação de um sistema jurídico legal e político favorável e efetivo à redução das desigualdades e à melhoria da situação de saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional requer mais do que um conjunto de leis. Também se faz necessário o desenvolvimento de estratégias para uma boa gestão das políticas sociais direcionadas a este segmento populacional. Neste sentido, privilegiar um modelo de promoção de direitos é tarefa urgente para uma Nação que busca o desenvolvimento pleno de sua população.

Referências

ARIZA, Juan José Medina. **Políticas y estrategias de prevención del delito y seguridad ciudadana**. Montevideo: Editorial B de F, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARSAGLINI, Reni. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, out./dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN-** Junho de 2014. Brasília (DF), 2014a. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 01 de 02 de janeiro de abril de 2014**. Aprova as normas de operacionalização financiamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília (DF), 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prto001_02_01_2014.html>. Acesso em: 28 jan. 2014.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 482 de 1º de abril 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 (DF), 2014c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prto482_01_04_2014.html>. Acesso em: 7 mai. 2014.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 305 de 10 de abril de 2014**. Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP). Brasília (DF): 2014d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prto305_10_04_2014.html>. Acesso em: 7 mai. 2014.

BRASIL. **Resolução nº 4, de 18 de julho de 2014**. Aprova as Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: 2014e. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_25755632_RESOLUCAO_N_4_DE_18_DE_JULHO_DE_2014.aspx>. Acesso em: 7 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: Conferência Sergio Arouca, 12.; 2004. Brasília (DF), 2004.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil**. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <http://juventude.gov.br/articles/participatorio/0010/1092/Mapa_do_Encarceramento_-_Os_jovens_do_brasil.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2015.

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MJ nº 3.343 de 28 de dezembro de 2006. Altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências**. Brasília (DF), 2006. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=199255>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF), 2012.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito da SUS**. Brasília (DF), 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 28 jan. 2014.

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília (DF), 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prio001_02_01_2014.html>. Acesso em: 28 jan. 2014.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição de 1988**. Brasília (DF), 1988.

BRASIL. **Lei nº 7.210, 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal**. Brasília (DF), 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm>. Acesso em: 3 dez. 2015.

DOWNES, David; ROCK, Paul. **Sociología de la Desviación: Una guía sobre las teorías del delito**. Barcelona: Gedisa, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HARVEY, David. **Para entender o capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília (DF), n. 3, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 297-305, 2010.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. **Temporalis**, Brasília (DF), n. 3, 2001.

ORNELL, Felipe et al. 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, 2016.

PANICHI, Renata Maria Dota. **The right to health: women in prison and mental health**. 2014. (Tese de Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2014.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Questão Social, Serviço Social e Direitos de Cidadania. **Temporalis**, Brasília (DF), n. 3, 2001.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório Técnico da Coordenação Estadual de Atenção Básica no sistema Prisional**. Porto Alegre, 2016.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria da Saúde. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). **Plano Estadual de Saúde: 2012/2015**. Porto Alegre, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/RS nº 257/2011**. Aprovar a alteração do Incentivo Estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. Porto Alegre, 2011a. Disponível em: <<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114725-20141108004259resolucao-cib-257-2011.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). **Resolução CIB RS nº 453/2011**. Porto Alegre, 2011b. Disponível em: <http://antigo.ses.rs.gov.br/upload/1340040328_cibr453_11.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). **Resolução CIB RS nº 54/2010**. Aprovar a alteração do valor anual do Incentivo Financeiro Estadual para implementação de Equipes Municipais de Saúde Prisional. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://antigo.ses.rs.gov.br/upload/1340209490_cibro54_10.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). **Resolução CIB RS nº 179/2006**. Aprovar o Termo de Compromisso dos municípios que assumem a gerência de saúde das Unidades de Saúde Prisional, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Justiça e Segurança Porto Alegre, 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170249/23104948-1340820131-cibr179-06.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). **Resolução CIB RS nº 101/2006**. Porto Alegre, 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170249/23104902-1340816865-cibr101-06.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria Estadual da Justiça e Segurança e Secretaria Estadual da Saúde **Plano Operativo Estadual**. Porto Alegre, 2005.

SALAZAR, Cintya Lizbeth Gómez. Las TIC en educación [Cuestionario]. Trabajo de Lic. en Educación Preescolar, 23 set. 2013. Disponível em: <<http://files.cintyha-gomez6.webnode.mx/200000038-093670a316/actividad%209.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

SILVA, Martinho. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política**. Brasília (DF): Verbena, 2015.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, Jul.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000701999&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília(DF) : UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões da Questão Social no Brasil. **Temporalis**, Brasília, n. 3, 2001.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em busca das penas perdidas**. Tradução Vânia Romano Pedrosa e Amir Lopes da Conceição. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

Águida Luana Veriato SCHULTZ participou da concepção do artigo, redação, análise e aprovou a versão final a ser publicada.

Mestranda em Política Social e Serviço Social pela UFRGS. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho e Grupo de Estudos Avançados em Política de Saúde e Educação na Saúde da UFRGS.

Míriam Thaís Guterres DIAS participou da concepção do artigo, redação, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovou a versão final a ser publicada.

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da UFRGS.

Alzira Maria Baptista LEWGOY participou da concepção do artigo, realizou a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Doutora em Serviço Social pela PUCRS. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da UFRGS.

Renata Maria DOTTA participou da concepção do artigo, redação, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovou a versão final a ser publicada.

Doutora em Ciências da Saúde, Métodos Diagnósticos e Epidemiologia das Doenças pela UFCSPA. Coordenadora da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde Integral da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional, da Secretaria da Saúde do Estado Rio Grande do Sul.
