

## Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil

Critical analysis of the health care model for persons deprived of liberty in Brazil

Análisis crítica del modelo de atención de la salud para personas privadas de libertad en Brasil

Luciana Simas<sup>1</sup>  
Alexandra Sánchez<sup>2</sup>  
Miriam Ventura<sup>3</sup>  
Vilma Diuana<sup>4</sup>  
Bernard Larouze<sup>5</sup>

### Resumo

**Objetivo:** a universalidade e a integralidade do direito à saúde devem ser garantidas no contexto prisional como princípios constitucionais. A pesquisa teve como objeto o conjunto de leis e portarias construídas sobre o tema por mais de trinta anos, a fim de analisar criticamente o modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, a partir do levantamento normativo, sua cronologia e hierarquia. **Metodologia:** o estudo qualitativo documental utilizou as bases de dados da Presidência da República, Câmara dos Deputados, Senado Federal e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, para identificar normas vigentes que envolvem as questões do sistema de saúde no âmbito penal e de atenção aos presos propriamente dita. **Resultados:** foram analisadas 11 normas federais, de acordo com seus fundamentos e definição de parâmetros de implementação pelos órgãos de segurança e de saúde. Destacam-se o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). **Conclusão:** são urgentes medidas efetivas intersetoriais dispostas a modificar o quadro de violência institucional e iniquidades nas unidades prisionais, em um processo de corresponsabilização, por meio da Rede Atenção à Saúde, segundo os parâmetros do Sistema Único de Saúde (SUS).

### Palavras-chave

Direito à saúde. Prisões. Pessoas privadas de liberdade. Sistema Único de Saúde.

<sup>1</sup> Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; pesquisadora, Grupo de Pesquisa Saúde nas Prisões, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2494-8747>. E-mail: [lucianasimas06@gmail.com](mailto:lucianasimas06@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); coordenadora, Grupo de Pesquisa Saúde nas Prisões, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5617-1173>. E-mail: [alexandra.sanchez@ensp.fiocruz.br](mailto:alexandra.sanchez@ensp.fiocruz.br)

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; professora adjunta e coordenadora do Laboratório Interdisciplinas de Direitos Humanos e Saúde (LIDHS), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8520-8844>. E-mail: [miriam.ventura@iesc.ufrj.br](mailto:miriam.ventura@iesc.ufrj.br)

<sup>4</sup> Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; pesquisadora, Grupo de Pesquisa Saúde nas Prisões Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7373-3446> E-mail: [vilmadiuana@gmail.com](mailto:vilmadiuana@gmail.com)

<sup>5</sup> Médico; Directeur de Recherche Emerite, INSERM, Paris, França; pesquisador, Grupo de Pesquisa Saúde nas Prisões, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9906-6293>. E-mail: [larouzebernard@gmail.com](mailto:larouzebernard@gmail.com)



## Abstract

**Objective:** the universality and comprehensiveness of the right to health must be guaranteed in the prison context as constitutional principles. The research had as its object the set of laws and regulations built about this theme over more than thirty years. The purpose was to critically analyze the health care model of persons deprived of liberty in the prison system, based on the normative survey, its chronology and hierarchy. **Methods:** the qualitative documentary study used the databases of Federal Government, Chamber of Representatives, Federal Senate, and Virtual Health Library of the Ministry of Health, to identify current norms that involve issues of the health system in the criminal scope and care to arrested people. **Results:** eleven federal norms were analyzed, according to their fundamentals and definition of implementation parameters by the security and health agencies. The National Health Plan in the Penitentiary System and the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP) are highlighted. **Conclusion:** effective intersectoral measures are urgent to change the situation of institutional violence and inequities in prisons, in a process of co-responsibility, through the health care network, according to the parameters of the Unified Health System (SUS).

## Keywords

Right to health. Prisons. Prisoners. Unified Health System.

## Resumen

**Introducción:** la universalidad e integralidad del derecho a la salud debe garantizarse en el contexto penitenciario como principios constitucionales. La investigación tuvo como objeto el conjunto de leyes y ordenanzas construidas sobre el tema durante más de treinta años. El objetivo fue analizar críticamente el modelo de atención a la salud de las personas privadas de libertad en las prisiones, a partir de la encuesta normativa, su cronología y jerarquía. **Metodología:** el estudio documental cualitativo utilizó las bases de datos de la Presidencia, Cámara de Diputados, Senado Federal y Biblioteca Virtual en Salud del Ministerio de Salud, para identificar las normas vigentes que involucran temas del sistema de salud en el ámbito penal y atención a los reclusos. **Resultados:** se analizaron 11 normas federales, según sus fundamentos y definición de parámetros de implementación por parte de los organismos de seguridad y salud. Destacan el Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario y la Política Nacional de Atención Integral de Salud a las Personas Privadas de Libertad en el Sistema Penitenciario (PNAISP). **Conclusión:** existe una urgente necesidad de medidas intersectoriales efectivas dispuestas a modificar la situación de violencia institucional e inequidades en las unidades penitenciarias, en un proceso de corresponsabilidad, a través de la Red de Salud, de acuerdo con los parámetros del Sistema Único de Salud (SUS).

## Palabras clave

Derecho a la Salud. Prisiones. Prisioneros. Sistema Único de Salud.

## Introdução

O direito à saúde de forma universal e integral encontra respaldo fundamental na Constituição Federal (1), a qual representa um marco civilizatório para a construção democrática do país. Mais do que uma simples norma programática, as disposições determinam que a saúde é direito de todos e dever do Estado brasileiro, prevendo acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No contexto anterior à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde individual vinculava-se prioritariamente a categorias profissionais e contribuições específicas, destinando ações emergenciais para toda a população. A reforma sanitária simbolizou um novo cenário, no qual se pressupõe que, indistintamente, todas as pessoas fazem *jus* aos cuidados de saúde no âmbito nacional, independente do *status* do cidadão ou de contraprestação. Essa premissa foi referendada ao longo das últimas décadas, com a implantação de políticas públicas de saúde equitativas, sob o crivo da responsabilidade solidária dos entes federativos (2).

Decerto que a universalidade constitucional não prevê exceções, incluindo especialmente todas as populações vulneráveis. Não existe no ordenamento jurídico brasileiro nenhum dispositivo que exclua do âmbito de proteção à saúde os homens e mulheres que se encontram no sistema prisional. Ao contrário, a restrição do direito à liberdade nas prisões não significa restrição do direito à saúde, até mesmo por questões humanitárias. Teoricamente tais pessoas estão incluídas nos serviços da rede de atenção, seja dentro ou fora do sistema penitenciário, resguardando-se o direito à saúde, inclusive no âmbito sexual e reprodutivo.

A Lei de Execução Penal (3), enquanto norma recepcionada pela ordem constitucional, endossa a assistência à saúde como um dever do Estado, por meio de atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Determina também a possibilidade de a assistência médica ser prestada em local diverso do estabelecimento penal, quando não estiver aparelhado, mediante autorização da direção do estabelecimento.

Seguindo esses pressupostos, em 2002, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial MS/GM/MJ nº 628, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Foi considerada a estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que está exposta grande parte dessa população, ocorreria

[...] um número significativo de casos de DST/Aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, distúrbios mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus (4).

As pessoas privadas de liberdade (PPL) no Brasil – 748.000 presos, com a elevada taxa de aprisionamento de 359,40/100.000 (5) – apresentam inúmeras vulnerabilidades

sociais, compartilhadas com suas comunidades de origem, majoritariamente compostas por negros e pobres, que vivem com frequência em territórios marginalizados. Essas vulnerabilidades são agravadas pelo encarceramento, em condições que violam as normas internacionais ratificadas pelo Brasil (6) e a própria Constituição Federal (1), que estabelece os princípios norteadores do SUS (universalidade, integralidade e intersetorialidade) e menciona, de maneira explícita, o direito das pessoas presas à integridade física e mental. Baseadas nesses dispositivos foram editadas sucessivas normas, tais como o PNSSP (2003) (7) e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (2014) (8).

A saúde das PPL tem sido objeto de pesquisas (9,10,11) que, sem exceção, demonstram desassistências e violação desses princípios constitucionais. Em vários estados, na prática, são excluídas do SUS: o acesso a serviços de saúde intra e extramuros é difícil, com morbidades e mortalidade por doenças infecciosas elevadas – particularmente a tuberculose que chega a ser até 30 vezes mais frequente entre PPL em comparação com a população em geral (12,13).

Contrastando com os numerosos estudos epidemiológicos, a literatura científica sobre a legislação referente à saúde das PPL é muito escassa, principalmente no que se refere à PNAISP (14,15,16). Os indicadores de saúde evidenciam importantes lacunas na aplicação dessas normas no sistema carcerário, onde as preocupações são essencialmente voltadas para a segurança (17).

Com base em pesquisa pluridisciplinar sobre mortalidade nas prisões promovida pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), além dos componentes epidemiológico e psicossocial, realizamos uma análise crítica do modelo atual de atenção à saúde das PPL a partir de levantamento normativo, sua cronologia e hierarquia. Utilizamos como referencial a relação entre as normas jurídicas e as políticas públicas de saúde prisional, com observações destinadas a gestores, profissionais de saúde e órgãos de controle social.

## Metodologia

Foi realizada uma pesquisa qualitativa documental nas bases de dados de legislação da Presidência da República<sup>6</sup>, Câmara dos Deputados<sup>7</sup>, Senado Federal<sup>8</sup> e Biblioteca Virtual

<sup>6</sup> <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>

<sup>7</sup> <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao>

<sup>8</sup> <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/legislacao>

em Saúde<sup>9</sup> do Ministério da Saúde. O critério de inclusão inicial foi escolher documentos que tratassem de norma vigente, envolvendo questões do sistema de saúde no âmbito penal e de atenção aos presos propriamente dita.

A busca foi realizada de 21/09/2019 a 14/11/2019, considerando-se as disposições em vigor à época. Os critérios de exclusão referiram-se a normas: i) para criação ou alteração na composição de Conselhos, Comitês e Grupos de Trabalho; ii) sobre questões meramente orçamentárias; iii) para definição de crimes ou adoção de medidas não relativas à saúde no sistema prisional; iv) revogadas (explícita ou tacitamente), declaradas inconstitucionais ou ainda em tramitação; v) habilitação de equipes, fichas de cadastramento ou suspensão de municípios para incentivos; vi) Portarias que somente revogavam normas anteriores. Leis que alteraram a legislação anterior não foram sistematizadas como norma diversa, embora tenham sido registradas possíveis modificações.

A primeira fonte de pesquisa – o Portal de Legislação da Presidência da República – reúne atos de hierarquia superior (Leis Complementares, Ordinárias e Delegadas; Decretos e Medidas Provisórias, desde a Proclamação da República até os dias atuais). Foi realizada busca por termos, na modalidade pesquisa simplificada, sem identificação do ato ou período, no intuito de aumentar a amplitude dos achados. Os descritores aplicados em todos os bancos, com operador booleano quando possível, foram: saúde; prisão; sistema penitenciário; sistema prisional; óbito(s); mortalidade; privadas (e) liberdade; e PNAISP.

Na Câmara dos Deputados, foi realizada uma pesquisa avançada, utilizando os mesmos descritores, nos campos indexação, apelido e ementa. Igualmente não foi delimitado período, origem ou situação da norma, permitindo-se observar todos os principais tipos normativos. No Senado Federal, as informações disponíveis sobre legislação direcionam-se para o acompanhamento do processo legislativo. Por isso, os documentos referiam-se a proposições, projetos, requerimentos e outros tipos de procedimentos, extrapolando os critérios de inclusão da pesquisa. Essa base de dados foi excluída, por não se adequar ao objetivo de identificar normas em vigor (e não em tramitação).

Por fim, no Sistema de Legislação da Saúde – SLEGIS (Saúde Legis), foi possível identificar inúmeras Portarias do Ministério da Saúde. A pesquisa simples por assunto, sem limitação de período, abarcou normas de hierarquia infralegal, tais como atos administrativos, Portarias, Consulta Pública, Instrução Normativa e Resoluções.

<sup>9</sup> <http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>

## Resultados

No levantamento normativo federal da legislação relacionada à saúde nas prisões, foram identificados 402 documentos. Observados os critérios de inclusão/exclusão e eliminadas as repetições, foram selecionadas 8 normas, além da Constituição Federal. Durante o processo de verificação da vigência de todos os documentos, também foram localizadas três Portarias de Consolidação, incluídas nos resultados.

**Quadro.** Legislação e políticas federais vigentes, que contemplam direito à saúde da população privada de liberdade no Brasil, de 1984 a 2019

Ementa	Destaques principais (artigos)
Constituição da República Federativa do Brasil de 1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não permitidas penas cruéis (art.5º, inc.XLVII); sendo assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral (inc.XLIX).</li> <li>• Saúde é direito de todos e dever do Estado (art.196).</li> <li>• Sistema único, com atendimento integral e prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo de serviços assistenciais (art.198).</li> </ul>
Lei nº 7.210 /1984 Institui a Lei de Execução Penal Com alterações da Lei nº 11.942/09	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde como um dos direitos do preso (art.41), e dever do Estado (arts.10/11).</li> <li>• Assistência à saúde do preso de caráter preventivo e curativo, com atendimento médico, farmacêutico e odontológico (art.14). § 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado, a assistência será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.</li> <li>• Assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido (art.14, § 3º).</li> </ul>
Portaria nº 268/2003 Inclui códigos de atendimento de atenção básica em presídios ou manicômios judiciários	Presídios e Manicômios Judiciários deverão dispor de serviço de saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), como Posto de Saúde ou Unidade Básica de Saúde. A equipe do serviço de atenção à saúde no sistema penitenciário será composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem (art.4º).
Portaria nº 749/2006	Institui Ficha Complementar de Cadastro de Equipes no SCNES Caberá ao gestor da SES/SMS e do DF, com gestão estabelecimentos que dispõem do Serviço <i>Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário</i> , efetivar a adequação do cadastro (art.2º).
Portaria Interministerial MS/MJ nº 1/2014 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivo: garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS (art.5º).</li> <li>• Princípios: respeito aos direitos humanos e à justiça social; integralidade da atenção à saúde; corresponsabilidade interfederativa (art.3º).</li> </ul>



<p>no Sistema Prisional (PNAISP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diretrizes: promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade; atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde, ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; [...] intersectorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde (art.4º).</li> </ul>
<p>Portaria GM/MS nº 95/2014</p> <p>(Posteriormente revogada pela Portaria nº 1.325/ 2020, também revogada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas ao paciente judiciário, no âmbito do SUS.</li> <li>• Institui incentivo financeiro fixo, para custeio do serviço de avaliação e acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, habilitado pelo MS (art.1º).</li> </ul>
<p>Portaria nº SAS/MS 305/2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços da Atenção Básica de Saúde Prisional.</li> <li>• Inclui na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP) (art.2º).</li> </ul>
<p>Lei nº 13.257/2016 (Marco Legal da Primeira Infância)</p> <p>Dispõe sobre as políticas públicas para a Primeira Infância e altera o Código de Processo Penal (CPP), dentre outras normas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A autoridade policial deverá colher informações sobre a existência de filhos, idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa (art. 6º, inc. X, CPP). Estes dados também devem constar no interrogatório (arts.185, §10 e 304, § 4º, CPP).</li> <li>• Poderá o juiz substituir a prisão preventiva pela domiciliar quando o agente for gestante; mulher com filho de até doze anos de idade; homem, caso seja o único responsável pelos cuidados do filho de até doze anos de idade incompletos (art.318, IV, V e VI, CPP).</li> <li>• Anteriormente, a prisão domiciliar já poderia ser aplicada quando o(a) custodiado(a) for imprescindível aos cuidados especiais de pessoa menor de 6 anos ou com deficiência (art.318, III, CPP).</li> </ul>
<p>Portaria de Consolidação nº 6/ 2017</p> <p>Consolida normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde do SUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institui o incentivo financeiro de custeio mensal aos entes federativos que aderirem à PNAISP; bem como complementação dos valores segundo a taxa da população prisional em relação à população geral e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) do município (art.122).</li> <li>• No caso de não execução integral do objeto pactuado e existência de recursos não executados, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos, acrescidos da correção monetária, observado regular processo administrativo (art.126).</li> <li>• Oferta de medicamentos com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP é de responsabilidade do Ministério da Saúde (arts.574 e 575). Execução das ações e serviços de saúde descentralizada, de responsabilidade dos estados e do DF. A transferência de responsabilidades pela execução do financiamento para os municípios poderá ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), desde que tenham aderido à PNAISP (art.576).</li> </ul>

<p>Portaria de Consolidação nº 5/2017 Consolida normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposições sobre as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência aplicam-se no âmbito do sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais para internação de adolescentes, hospitais psiquiátricos, abrigos, estabelecimentos para tratamento de usuários ou dependentes, ou de outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade (art.96).</li> </ul>
<p>Portaria de Consolidação nº 2/2017  Consolida normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS  Reconhece a PNAISP, dentre as políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais (art.4º, XI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços nos estabelecimentos prisionais serão de acordo com a população prisional e o funcionamento em três faixas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• I - unidades prisionais com até 100 custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 6 horas semanais;</li> <li>• II - de 101 a 500 custodiados: mínimo de 20 horas semanais;</li> <li>• III - de 501 a 1.200 custodiados: mínimo de 30 horas semanais.</li> </ul> </li> <li>• Serão prestados por equipes multiprofissionais - ESP, integradas a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (art.4º, §9º). O MS suspenderá os repasses: I - ausência, por um período superior a 90 dias consecutivos, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes; II - descumprimento da carga horária mínima para os profissionais das equipes; III - ausência de alimentação de dados no sistema de informação, por 90 dias consecutivos. A suspensão será mantida até que o gestor informe a adequação das irregularidades (art.7º).</li> <li>• Revogado pela Portaria nº 1.325/2020: Institui no âmbito do SUS, o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas vinculado à PNAISP, como parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (art.16). A EAP (Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a lei) objetiva apoiar ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (art.19).</li> </ul>

Fonte: elaboração própria.

As Portarias de Consolidação revogaram explicitamente inúmeros dispositivos normativos, tais como a Portaria MS/GM nº 2.765/2014, sobre as normas para o financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP, e a Portaria GM/MS nº 482/2014, que institui normas para a operacionalização da PNAISP, no âmbito do SUS. Entretanto, muitos dos seus termos foram aproveitados nas Consolidações e analisaremos as principais determinações em vigor.

## Discussão

O conjunto de leis e portarias que rege a saúde no contexto de privação de liberdade deve ser analisado de acordo com a hierarquia das normas e a definição das respectivas

competências para sua implementação, pelos órgãos de segurança e de saúde, para que seja preservado o direito constitucional de atenção e cuidados no âmbito do SUS.

### *Fundamentos e construção das normas relativas à saúde prisional*

A análise qualitativa decorre da Constituição Federal, não só por uma questão cronológica, mas principalmente em função do princípio da hierarquia das normas jurídicas. A Carta constitucional encontra-se no topo do ordenamento jurídico, sendo responsável por fincar os pilares de interpretação e construção do Direito, de maneira que todas as demais determinações legais devem seguir seus parâmetros, para garantia da validade e legitimidade de sua aplicação. Um Decreto ou Portaria Ministerial jamais pode se opor aos termos da Constituição, sob pena de romper com os limites da legalidade.

As normas administrativas emanadas no plano infralegal são fundamentais para a organização do sistema de saúde, porém não podem se tornar instrumentos para violação de direitos humanos. Tais disposições devem seguir os parâmetros constitucionais de universalidade do acesso à saúde, inclusive conforme regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (18). Assim, a soberania constitucional resguarda a própria lógica do SUS.

As duas Leis Ordinárias e oito Portarias que disciplinam a matéria devem ser analisadas em consonância com os princípios constitucionais, em especial no tocante à gratuidade e universalidade das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para tanto, devem ser estruturadas políticas sociais e econômicas com vistas à redução do risco de doença e de outros agravos de saúde entre PPL.

A Lei de Execução Penal (LEP) é anterior à Constituição e teve seus dispositivos recepcionados, prevendo o atendimento de saúde como um direito para os presos, mas ainda como uma questão “de interesse e responsabilidade das políticas de segurança pública, e não de saúde” (19). O entrelaçamento entre as políticas e ações sanitárias com as de segurança é um aspecto relevante na análise, principalmente porque, em regra, no âmbito das prisões, tem sido privilegiado mais o viés punitivista do que o da saúde pública. A partir de 2009, a LEP passou a prever acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido. Esse recorte de gênero foi reafirmado anos depois pelo Marco Legal da Primeira Infância, Lei nº 13.257/2016. Foram estipulados dispositivos relativos à saúde materna e infantil, tal como o direito à convivência da criança com sua mãe privada de liberdade, e a assistência à saúde passou a ser caracterizada como

uma das áreas prioritárias para as políticas públicas da primeira infância, inclusive com relação à mulher acusada criminalmente (20).

Somente após quatorze anos da publicação da Constituição Federal, uma Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e da Justiça regulamentou a saúde nas prisões brasileiras, instituindo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (4), ora revogado. O Plano estabeleceu como prioridades a reforma e a equipagem das unidades prisionais, visando a estruturação de serviços ambulatoriais de atenção no nível básico, componentes da assistência de média complexidade, das urgências e emergências em saúde, de acordo com as especificidades do sistema penitenciário. No mesmo sentido, destaca-se, dentre outras ações, a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária; a implantação de ações de promoção da saúde, em especial de alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais; a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza e tétano. O financiamento das ações de saúde deveria ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça, permitindo-se pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde, tendo sido criado um incentivo para a Atenção à Saúde no sistema penitenciário.

No ano seguinte, foi publicada a Portaria Interministerial nº 1.777/2003 (7), ratificando os termos do Plano, com alguns ajustes, especialmente no tocante à garantia do acesso aos demais níveis de atenção à saúde, por meio de referências, incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A gerência das ações e serviços deveria ser pactuada no âmbito de cada unidade federada por meio da CIB e entre gestores estaduais de Saúde, da Justiça e municipais de Saúde. Nesse caso, a gestão do Plano Operativo Estadual, por meio das Secretarias Municipais de Saúde, aconteceria com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, participando do financiamento com contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde. Os incentivos para implantação das equipes de saúde foram estipulados com base no número de pessoas presas, determinando-se o repasse do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN) ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas à transferência aos estados e/ou municípios. Além da previsão anterior de ações de prevenção para tuberculose, hanseníase, hepatites, DST/AIDS, com distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos

associados ao uso de drogas, foi ampliada a implantação de medidas com atenção para a diabetes, hipertensão e agravos psicossociais decorrentes do confinamento.

Passados mais de dez anos, um novo marco normativo foi instituído, buscando criar uma política pública específica para essa população, de maneira intersetorial e redistributiva (14). Assim surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS, por meio de outra Portaria dos Ministérios da Saúde e da Justiça – Portaria nº 1/2014 (8). Essa passagem do Plano à Política ampliou as ações para além do sistema penitenciário, inserindo todas as pessoas que se encontravam também em delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e penitenciárias federais, presos provisórios ou em execução da pena. Igualmente, determinou que ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos devem ser estendidas aos trabalhadores em serviços penais, aos familiares e demais indivíduos que se relacionam com as pessoas presas. O financiamento passou a ser por equipe (e não *per capita*), com metas de 100% para todas as modalidades de atenção (14).

Dentre as diretrizes da Política, destaca-se a atenção integral, contínua e de qualidade, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, associada ao controle e/ou redução dos agravos mais frequentes, bem como a intersetorialidade para a gestão integrada e racional (8). A PNAISP é regida pelo princípio da corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, por meio da Rede Atenção à Saúde no território, nos parâmetros do SUS. Portanto, a territorialização é um dos eixos fundamentais do sistema, vinculando-se o atendimento do usuário, a princípio, à localidade na qual reside, em contraste com o Plano Nacional de 2002, que era baseado na gestão no nível estadual. No caso da população privada de liberdade, a residência representa o local do estabelecimento penal, ou seja, os entes federativos são responsáveis pela pessoa privada de liberdade por ser originalmente computada como população daquele território.

Considerando-se que o repasse de verbas da atenção básica ocorre de acordo com o número de habitantes do município, definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (21), nesse montante são computados os indivíduos que se encontram no sistema prisional. Logo, originalmente o município já é responsável pela saúde daquela pessoa. No Censo Populacional e nas estimativas do IBGE, penitenciárias, presídios e casas de detenção são considerados domicílios coletivos, nos quais as pessoas privadas de liberdade residem, devendo ser incluídas no planejamento das políticas públicas. O Código

Civil (22) igualmente determina que o preso possua domicílio necessário no lugar em que cumpre sua sentença, estendendo-se, por analogia, também aos presos provisórios.

*Fortalecimento de uma Política constitucional: adesão facultativa ou obrigação estatal?*

Um dos objetivos específicos da PNAISP é a promoção do acesso à Rede de Atenção à Saúde, almejando o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, por meio de uma efetiva integração da saúde prisional ao SUS. Para atingir tal intento, a norma estipula critérios para pactuação dos estados e do Distrito Federal com a União. No tocante ao município, a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1/2014 faculta tal adesão, o que somente pode ser compreendido para fins de estruturação do Plano de Ação e complementação do repasse de valores a título de incentivo. Decerto que um município no qual inexistem estabelecimentos prisionais não terá que aderir à Política, pois seria desarrazoada tal determinação. Todavia, seria um equívoco interpretativo vincular tal facultatividade à irresponsabilidade pelo cuidado à saúde das pessoas privadas de liberdade. A Portaria Interministerial não permite que o município escolha discricionariamente se deseja se responsabilizar pela saúde de determinado grupo de munícipes (geralmente em condições de extrema vulnerabilidade social), em função da circunstância de estarem privados de liberdade. A responsabilidade pela saúde coletiva é tripartite (União, estados e municípios) e a punição criminal não pode ser uma escusa permissiva para que o ônus recaia somente sobre estados, Distrito Federal e União.

A organização em níveis de complexidade crescente prevê que o estado, por sua vez, é responsável por gerir sistemas públicos de média e alta complexidade, identificando estabelecimentos hospitalares de referência, também indicados para pessoas privadas de liberdade. Caberá aos estados executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde, em caráter suplementar, nos termos do art. 17, inc. VIII, da Lei nº 8.080/90 (18), dentre outras competências, inclusive garantindo o transporte adequado dessas pessoas para as unidades de saúde extramuros, sob pena de responsabilização de seus agentes.

A competência dos municípios é claramente delineada na Lei Ordinária nº 8.080/90. Em seu art. 18, determina que os municípios são os responsáveis por executar os serviços públicos de saúde, participando do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada, em articulação com a direção estadual. Para além da

execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a atenção primária é desempenhada por unidades básicas de saúde.

À União caberá, além de outras funções, elaborar o planejamento estratégico, em cooperação técnica com estados e Distrito Federal, observando o Plano Nacional de Saúde (PNS) e instrumentos de pactuação do SUS. Os estados e o Distrito Federal são responsáveis por coordenar e implementar a PNAISP nos seus territórios. Ademais, devem executar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, no âmbito da atenção básica, referenciadas em suas pactuações, em conjunto com os municípios, dentre outras competências.

As Portarias são normas infralegais e, na pesquisa realizada, todas foram expedidas por Ministros da Saúde, em conjunto ou não com Ministros da Justiça. Por serem atos administrativos, geralmente internos, podem ser alterados livremente pelo chefe do Ministério, diversamente do que ocorre com as Leis Ordinárias – normas infraconstitucionais que exigem o quórum específico no Poder Legislativo para sofrer mudanças. Esse processo menos rígido de alteração normativa foi observado em Portarias referentes à saúde no sistema prisional, nos anos de 2002, 2003 e 2014. Portanto, a diferença entre uma Lei e uma Portaria não é somente quanto à origem no Poder Legislativo ou Executivo, mas principalmente com relação às exigências para sua criação, alteração e revogação. De todo modo, ambas devem seguir as determinações constitucionais e, no caso específico da saúde, não se distanciar dos princípios da integralidade e universalidade.

### *Operacionalização específica da PNAISP*

As normas para a operacionalização da PNAISP encontram-se na Portaria de Consolidação nº 2/2017, classificando os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais de acordo com a população e estabelecendo o mínimo de horas de funcionamento e a composição multiprofissional das equipes de saúde no sistema prisional (ESP). Os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde do município, podendo ser alocados profissionais da rede local do SUS.

O incentivo financeiro aos entes federativos que aderirem à PNAISP é calculado de acordo com a classificação e o número de equipes de cada serviço habilitado. Os estados e municípios receberão uma complementação desses valores como incentivo adicional, com base na taxa da população prisional em relação à população geral do município e o respectivo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) do município onde estiver localizada a

equipe habilitada. A transferência de recursos financeiros para os serviços da atenção básica de saúde prisional fica condicionada à habilitação das ESP, previamente cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nos termos da Portaria nº 305/2014.

As equipes de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP) também se encontram disciplinadas pela Portaria de Consolidação nº 2/2017, relativa às políticas nacionais de saúde do SUS. Seu objetivo é apoiar ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS), identificando programas do SUS, do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental e garantia da efetividade do Projeto Terapêutico Singular. A coordenação do serviço seria de responsabilidade do gestor estadual da saúde e, dentre outras atribuições, cabe à EAP estabelecer processos de comunicação com gestores e serviços do SUS/SUAS, com vistas a viabilizar o acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental, bem como apoiar a capacitação de profissionais da saúde e da justiça.

O incentivo financeiro do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas era disciplinado pela Portaria GM/MS nº 95/2014. Todavia, depois de finalizado este levantamento normativo, os referidos dispositivos relativos à EAP foram revogados pela Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020. Aproximadamente dois meses depois, com forte mobilização do campo da saúde mental, ocorreu a revogação da norma revogadora, por meio da Portaria nº 1.754, de 14 de julho de 2020. Todavia, não restaurou expressamente os termos da legislação anterior, gerando incertezas quanto à possibilidade de habilitação de equipes e seu financiamento.

Por fim, a inclusão dos presídios e manicômios judiciários no SCNES e no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) foi regulada pela Portaria nº 268/2003, com a adequação dos sistemas de cadastro realizada por meio da ficha complementar prevista na Portaria nº 749/2006.

## Conclusão

A regulamentação da saúde no sistema prisional demonstra um caminhar histórico com certa defasagem em relação a determinações e políticas destinadas à população de modo geral. A necessidade de reafirmar que as pessoas privadas de liberdade possuem direito à atenção integral no SUS evidencia um cenário de exclusão e preconceitos, no qual

supostamente são escalonados níveis de assistência e cuidado. Diante desse quadro, é necessário observar a responsabilização estatal nas diferentes esferas governamentais.

Os dispositivos normativos elencados evidenciam uma tendência, principalmente nos últimos anos, para a construção de uma política institucional mais estruturada e, quiçá, duradoura. Entretanto, permite interpretações equivocadas no que se refere à responsabilidade dos diferentes atores e instituições, na garantia do direito constitucional integral à saúde das PPL.

O processo de implementação da PNAISP é variável de acordo com os estados, segundo especificidades institucionais locais. Implica na redefinição das atribuições de parceiros e na introdução de novos atores, em uma instituição fechada como a prisão. Um problema adicional é a concentração, em alguns locais, de grande número de PPL em complexos penitenciários localizados em um único município, fazendo com que a PNAISP represente um peso adicional considerável para a gestão municipal.

Medidas efetivas dispostas a modificar o quadro de violência institucional e iniquidades em saúde são essenciais nas centenas de unidades prisionais brasileiras, inclusive com vistas à aplicação de medidas desencarceradoras. Sistematizar Leis e Portarias, garantindo maior publicidade ao tema, pode ser um passo a mais nesta longa caminhada. Todavia, o conhecimento e a aplicação das normas pressupõem uma interpretação pautada nas determinações da Constituição Cidadã, de maneira sistêmica e abrangente, para que possamos atingir o objetivo legítimo de construir uma sociedade justa e solidária, promovendo realmente a saúde de todos, inclusive das pessoas privadas de liberdade.

## Referências

1. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 2008.
2. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2015.
3. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 [Internet]. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Presidência da República; 11 jul. 1984 [citado em 13.nov.2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm)
4. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 628, 04 de abril de 2002. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades

masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Brasília: Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, 04 abr.2002.

5. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília: Infopen, Painel Interativo; 2019 [citado em 13.nov.2020]. Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoizWI2MmJmMzYtODA2MC00YmZiLWI4M2ltNDU2ZmlyZjFjZGQ0liwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>

6. Organização das Nações Unidas. Regras de Mandela: Regras Mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos. Viena: 2015 [citado em 13.nov.2020]. Disponível em <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a9426e51735a4d0d8501f06a4ba8b4de.pdf>

7. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 09 set. 2003 [citado em 13.nov.2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_penitenciario\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf)

8. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 [Internet]. 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, 02.jan.2014 [citado em 13.nov.2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html)

9. Sánchez A, Leal Mde C, Larouze B. Realidade e desafios da saúde nas prisões. Ciên. Saúde Colet. 1996;2016;21(7).

10. Minayo MC, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cien Saude Colet. 2016;21(7):2031-2040.

11. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciên. Saúde Colet. 2016;21(7):2089-100.

12. Valença MS, Possuelo LG, Cezar-Vaz MR, Silva PE. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. Ciên. Saúde Colet. 2016;21(7):2147-2160.

13. Sánchez A, Larouze B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. Ciên. Saúde Colet. 2016;21(7):2071-2080.

14. Silva M. Saúde penitenciária no Brasil: plano e política. Brasília: Verbena; 2015.

15. Silva M. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. Ciên. Saúde Colet. 2016;21(7):2021-2030.

16. Soares Filho, MM. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP): um desafio para o Sistema Único de Saúde

(SUS) brasileiro. In: Vitto RCP, Daufemback V, organizadores. Para Além da Prisão: Reflexões e Propostas para uma Nova Política Penal. Belo Horizonte: Casa do Direito; 2018. p. 217-246.

17. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, Garcia M, Milanez E, Poubel L, Romano E, Larouze B. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008;24(8):1887-1896.

18. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 09 set. 1984 [citado em 13.nov.2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

19. Lermen HS, Gil BL, Cunico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. Physis. 2015;25(3):905-924.

20. Ventura M, Simas L, Larouze B. Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. Cad. Saúde Pública. 2015;31(3):607-19.

21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Notas Metodológicas. [s.d.] [citado em 13.nov.2020]. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas\\_metodologicas.html?loc=0](https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html?loc=0)

22. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. 71ª ed. São Paulo: Saraiva; 2020.

## Colaboradores

Todos os autores contribuíram com a concepção, elaboração, redação, revisão e aprovação do artigo. Simas L realizou o levantamento e análise dos dados.

Os autores agradecem o financiamento do Programa Inova Geração de *Conhecimento*, da Fundação Oswaldo Cruz.

---

Submetido em: 14/11/20

Aprovado em: 14/12/20

## Como citar este artigo

Simas L, Sánchez A, Ventura M, Diuana V, Larouze B. Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2021 jan./mar.;10(1):39-55.

<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.746>