



Concepções de gestores sobre a política de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade

Conceptions of managers on the comprehensive health care policy of persons deprived of liberty

Concepciones de los gerentes sobre la política de atención integral de la salud de las personas privadas de libertad

Mirraely Lorrán das Neves Florêncio¹
 Lannuzya Veríssimo e Oliveira²
 Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador³

Recebido: 10/09/2020

Aprovado: 25/01/2021

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional foi implantada através da Portaria nº 482, de 1 de abril de 2014, com objetivo de garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado às ações e aos serviços de saúde. Objetivava-se neste trabalho compreender as concepções e práticas de gestores de serviços de saúde sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no âmbito de um município do Rio Grande do Norte, Brasil, com gestores dos estabelecimentos que são referência para o cuidado de pessoas privadas de liberdade e que representam a rede de atenção do município em seus níveis de complexidade. Os gestores de serviços de saúde que compuseram a amostra deste estudo reconhecem o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade. Entretanto, o conhecimento acerca dos princípios, diretrizes e operacionalização da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional ainda é escasso.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Prisões; Prisioneiros; Política de saúde.

ABSTRACT

The National Policy for Comprehensive Health Care of Persons Deprived of Liberty in the Prison System was implemented through Ordinance Nr 482 of April 1, 2014, with the objective of ensuring effective and systematic access of the population under state custody to health actions and services. The aim of this work is to understand the conceptions and practices of health service managers about the National Policy for Comprehensive Health Care of Persons Deprived of Liberty in the Prison System. This is a descriptive study, with a qualitative approach, carried out in a municipality of Rio Grande do Norte, Brazil, with managers of

¹ Tecnólogo em Gestão Hospitalar. Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. E-mail: mirraelylorran@hotmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6129-9382>

² Doutora em Saúde Coletiva. Enfermeira. Docente da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: lannuzyacg@hotmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6881-898X>

³ **Autor correspondente.** Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: petalatvani@hotmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3208-6270>

reference institutions for the care of people deprived of liberty, which represent the municipality's care network in their levels of complexity. The health services managers who comprised the sample of this study recognize the right to health of people deprived of liberty. However, knowledge about the principles, guidelines and operationalization of the National Policy for Comprehensive Health Care of Persons Deprived of Liberty in the Prison System is still scarce.

Keywords: Health management; Prisons; Prisoners; Health policy.

RESUMEN

La Política Nacional de Atención Integral de la Salud de la Persona Privada de la Libertad en el Sistema Penitenciario se implementó mediante la Ordenanza Núm. 482 de 1 de abril de 2014, con el objetivo de garantizar el acceso efectivo y sistemático de la población bajo custodia del estado a las acciones y servicios de salud. El objetivo de este trabajo es comprender las concepciones y prácticas de los gerentes de servicios de salud sobre la Política Nacional de Atención a la Salud de las Personas Privadas de Libertad en el Sistema Penitenciario. Se trata de un estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, realizado en un municipio de Rio Grande do Norte, Brasil, con gestores de establecimientos que son referencia para el cuidado de personas privadas de libertad y que representan la red de atención del municipio en sus niveles de complejidad. Los administradores de los servicios de salud que han compuesto la muestra de este estudio reconocen el derecho a la salud de las personas privadas de libertad. Sin embargo, el conocimiento sobre los principios, directrices y la puesta en funcionamiento de la Política Nacional de Atención Integral de la Salud de la Persona Privada de la Libertad en el Sistema Penitenciario sigue siendo escaso.

Palabras clave: Gestión en salud; Prisiones; Prisioneros; Política de salud.

1. Introdução

O Brasil possui a terceira maior população carcerária do mundo, com um quantitativo de 352,6 presos para cada 100 mil habitantes⁽¹⁾. Sob influência da racionalidade jurídica punitivista imposta, sobretudo, pelo modelo norte-americano, o índice de encarceramento no Brasil saltou de 137,08 em 2000 para 249,78 em 2009, um aumento de mais de 80%, o que culmina com a superlotação do sistema prisional e uma taxa de ocupação média de 169,8%⁽²⁾. A superlotação, por sua vez, tanto resulta de quanto contribui para a potencialização dos demais problemas estruturais das prisões, a exemplo da carência de insumos, das escassas estratégias de ressocialização e do ciclo de violência⁽³⁾.

Ressalta-se, ainda, que o perfil demográfico da população prisional brasileira, isto é, homens, jovens, afrodescendentes, com ensino fundamental incompleto e baixo nível socioeconômico, é reflexo, prioritariamente, do racismo estrutural e da baixa eficiência de políticas públicas inclusivas⁽⁴⁾. Assim, a omissão do Estado tanto precede quanto é ressaltada durante o período de encarceramento⁽⁵⁾. Neste contexto, as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) estão mais vulneráveis ao adoecimento físico e mental se comparadas à população em geral⁽⁶⁾.

No tocante à saúde das PPL, apenas com a Lei de Execução Penal (LEP), de 1984, foi assegurada a assistência à saúde desta população, a qual deveria contemplar aspectos preventivos e curativos, a partir do atendimento médico, farmacêutico e odontológico, a ser realizado no estabelecimento penal quando este oferece estrutura física, material e de recursos humanos adequados, ou em outros estabelecimentos de saúde⁽⁷⁾.

Em 1988, a Constituição Federal assumiu a saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão, incluindo-se aquele em conflito com a lei⁽⁸⁾. Em 2003, a fim de organizar a assistência à saúde das PPL, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que representou um avanço para o país, pois, pela primeira vez, a população das unidades prisionais foi objeto de uma política de saúde específica com a finalidade de reduzir os agravos e danos provocados pelas condições de confinamento⁽⁹⁾.

Ademais, o PNSSP embasou a construção da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), implantada através da Portaria nº 482, de 1 de abril de 2014, com o objetivo de garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado às ações e aos serviços de saúde, com a mobilização de recursos financeiros significativos, bem como a alocação de estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais⁽¹⁰⁾.

Apesar desse aparato legal, estudos apontam entraves para a efetiva implantação e execução da PNAISP, tais como: atenção à saúde da população feita sob ótica reducionista e ambulatorial; escassas ações de promoção da saúde; além de dificuldades metodológicas e operacionais para implantação efetiva de atividades das unidades de saúde nas penitenciárias, resultantes da logística para manutenção das regras de segurança institucional⁽¹¹⁾. Destaca-se, ainda, a desarticulação entre os setores da justiça e da saúde, potencializados pelo desconhecimento dos profissionais da assistência e da gestão em saúde quanto à PNAISP⁽¹²⁾.

Outrossim, são escassos na literatura os estudos que abordem a perspectiva dos gestores em saúde sobre a PNAISP. Mediante o exposto, questionou-se: quais as concepções e práticas dos gestores em saúde sobre a PNAISP? Assim, delineou-se como objetivo deste estudo compreender as concepções e práticas de gestores de serviços de saúde relacionadas à Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

2. Referencial teórico

No Brasil, a privação de liberdade como forma de punição norteia-se pelo princípio da terminalidade da pena, com o objetivo primordial de ressocialização dos egressos do sistema prisional⁽⁷⁾. Desse modo, em consonância com o inciso XLVII do artigo 5º da Constituição Federal (CF) de 1988, não são permitidas penas: de morte, salvo em caso de guerra declarada; de caráter perpétuo; de trabalhos forçados; de banimento; cruéis⁽⁸⁾.

A fim de favorecer a ressocialização, compete ao Estado brasileiro oferecer assistência (material, de saúde, jurídica, educacional, social e religiosa) à PPL, com a finalidade de prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade⁽⁷⁾.

É importante destacar que os estabelecimentos penais que se destinam às pessoas em conflito com a lei são: as penitenciárias, as colônias (agrícola, industrial ou similar), as casas de albergado, os centros de observação, as cadeias públicas e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico⁽⁷⁾. Por sua vez, as penas podem ser: I - privativas de liberdade; II - restritivas de direitos; III - de multa. De acordo com tal legislação, as penas privativas de liberdade podem ser cumpridas em regime fechado, semiaberto ou aberto⁽⁷⁾.

Nesse contexto, o Brasil adota um moderno sistema legal prescricional do sistema prisional e as pessoas em conflito com a lei devem ter assegurados o respeito à sua integridade física e moral⁽⁸⁾. Todavia, ainda que a pena capital, os suplícios e as torturas tenham evanescido como forma de pena, perpetuou-se no imaginário popular a concepção de que as pessoas que cometem delitos devem padecer, inclusive fisicamente, estando destituídas de seus direitos fundamentais básicos, dentre eles a assistência à saúde⁽⁵⁾. Por este motivo, mesmo que sob tutela do estado, historicamente as PPL receberam assistência à saúde de forma esporádica e desarticulada, mediante um viés de caridade e não como um direito instituído⁽⁵⁾.

Em meados dos anos 1990, em consenso com as recomendações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a saúde no sistema prisional, bem como em virtude da crise sanitária instalada pela pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), inseriram-se profissionais de saúde em grandes penitenciárias com foco no diagnóstico e, quando possível, tratamento da tuberculose e das Infecções Sexualmente Transmissíveis^(2,9).

Posteriormente, em consonância com os princípios apregoados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foram implementados o PNSSP e, mais recentemente, a PNAISP. São objetivos específicos da PNAISP: promover o acesso das PPL à Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando ao cuidado integral; garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das PPL; qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; fomentar e fortalecer a participação e o controle social⁽¹⁰⁾.

Para operacionalização da PNAISP no âmbito do SUS, os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais devem ser prestados pelas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) constituídas de acordo com a população prisional: I - para unidades com até 100 (cem) custodiados: a) Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP) tipo I; ou b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental; II - para unidades que mantêm entre 101 (cento e um) até 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) até 1200 (um mil e

duzentos) custodiados: Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III⁽¹⁰⁾. Ademais, não havendo ESP implantada, cabe à Equipe de Saúde da Família (EqSF) responsável pelo território no qual se encontra a unidade prisional prestar assistência às PPL, bem como o direcionamento para os serviços de média e alta complexidade quando necessário⁽¹⁰⁾.

Os principais fatores que dificultam o acesso e a assistência à saúde no sistema penitenciário são: equipe de saúde reduzida, desconhecimento dos profissionais que atuam nas prisões e fora delas acerca dos direitos à saúde das PPL, desarticulação das redes de atenção à saúde e desconhecimento dos gestores em saúde para implementação da PNAISP⁽⁴⁾. Neste contexto, tais peculiaridades se refletem na prática gestora, pois estão diretamente ligadas à execução e à gestão da assistência.

3. Método

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no âmbito de um município do Rio Grande do Norte, Brasil. Para mapear a gestão da PNAISP neste município, foram incluídos os estabelecimentos que são referência para o cuidado de pessoas privadas de liberdade e que representam a rede de atenção em seus níveis de complexidade – um hospital referência em urgência e emergência, a maternidade referência, o serviço de atendimento pré-hospitalar e o distrito sanitário onde estão localizadas as unidades básicas de saúde referências para o atendimento à população privada de liberdade.

Assim, os estabelecimentos foram escolhidos por representarem, no município estudado, os dispositivos de cada esfera de atenção ao cuidado, além de serem responsáveis pela assistência à população privada de liberdade, desde a atenção básica até a alta complexidade.

A população do estudo foram os gestores representantes de cada estabelecimento, portanto, quatro gestores. O critério de inclusão foi estar no cargo há pelo menos seis meses, pois faz-se necessário um período de experiência, e que esteja suficientemente familiarizado em seu ambiente de trabalho para fornecer as informações questionadas na entrevista. Foram excluídos os gestores ausentes por qualquer motivo. Obteve-se uma recusa de participação de um gestor, que justificou tal fato pelo desconhecimento acerca da temática abordada. Desse modo, a amostra final da pesquisa foi de três gestores.

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista individual, nos meses de outubro e novembro de 2019, com roteiro semiestruturado composto de um questionário de caracterização pessoal/profissional e perguntas abertas. Houve agendamento prévio por contato telefônico e a entrevista foi realizada no ambiente de trabalho dos gestores. O questionário de caracterização foi preenchido pelo próprio sujeito da pesquisa. A entrevista foi baseada em roteiro composto de três questões e as seções que foram gravadas mediante o consentimento dos participantes.

Após as gravações, o próprio pesquisador transcreveu as entrevistas. Os dados resultantes dos questionários de caracterização foram tabulados e analisados a partir de estatística descritiva simples e os dados textuais provenientes das entrevistas foram processados no *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ).

O IRAMUTEQ possibilita cinco tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude; e nuvem de palavras. Ressalta-se que o uso do *software* não é um método de análise de dados, mas uma ferramenta para processá-los, portanto, não conclui essa análise, já que a interpretação é essencial e é de responsabilidade do pesquisador⁽¹³⁾.

As respostas à primeira pergunta do roteiro para a realização da entrevista acerca da concepção sobre a saúde prisional foram analisadas mediante o agrupamento de proximidade e frequência, também denominado “análise de similitude”, que se apoia na teoria dos grafos, em que se considera que um gráfico possibilita identificar as concorrências entre as palavras e o seu resultado⁽¹³⁾.

Para a apreciação das demais questões das entrevistas acerca das ações realizadas, e das facilidades e dificuldades encontradas nos serviços, utilizou-se a análise temática, uma das modalidades de análise de conteúdo, considerada a mais apropriada para pesquisas em saúde. Nesse caso, esse método tem o objetivo de investigar a compreensão do universo que cerca a saúde prisional no município estudado, já que parte de uma leitura de primeiro plano das falas, para atingir um nível mais profundo, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados⁽¹⁴⁾.

O estudo seguiu os princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica em seres humanos, preconizados na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de forma a preservar o caráter voluntário dos participantes e o anonimato dos interlocutores. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e foi aprovada a partir do Parecer nº 3.612.965, de 1 de outubro de 2019, CAAE nº 19367019.6.0000.5537.

A fim de garantir o anonimato, os participantes foram identificados pela sigla G – gestor, seguida de um número em ordem sequencial das entrevistas (G1, G2 e G3).

4. Resultados

O perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa mostrou predominância feminina (2; 66,6%), com média de idade de 50 anos \pm 12,1 (mínimo de 42 e máximo de 64 anos), graduados em medicina (2; 66,6%), com média de trabalho de 8,3 anos \pm 1,15 (mínimo de 7 e máximo de 9 anos) nas instituições que compuseram o cenário desta pesquisa, e de 6,3 anos \pm 0,57 (mínimo de 6 e máximo de 7 anos) ocupando cargo de gestão. Quanto à formação complementar, dois profissionais

4.2. Práticas dos gestores no âmbito da PNAISP

Quanto às práticas dos participantes da pesquisa no âmbito da PNAISP, destaca-se a importância da interlocução entre a gestão da saúde e da justiça para realização da assistência à saúde das PPL, conforme ressaltado na seguinte fala:

“Nós temos contato direto com gestores da segurança, conseqüentemente solicitando uma brevidade no atendimento, o paciente é mais bem atendido e melhor removido [...] a articulação que nós temos com a segurança ajuda”. (G1)

Sobre os entraves para efetivação dos princípios estabelecidos pela PNAISP, destaca-se a escassez de recursos humanos para garantir a segurança tanto dos apenados, quanto dos demais pacientes e dos profissionais responsáveis pela assistência à saúde nos cenários estudados, conforme demonstram as falas que seguem:

“[...] por causa do problema na [...] Secretaria de Segurança, [...] considerando que eles dizem que tem um contingente muito pequeno, eles solicitaram que a gente colocasse os privados de liberdade de forma discriminada em um canto só. Eu não acho isso correto, mas por falta de segurança de ter eles distribuídos em qualquer lugar, nós colocamos uma enfermaria para os privados de liberdade independente da patologia”. (G3)

“[...] todo o nosso serviço, nosso atendimento básico e inicial até de avaliação é prejudicado, por quê? Porque às vezes não existe uma pessoa da segurança que fique com os presos de periculosidade alta, então esse paciente passa mais tempo no local, o SAMU fica esperando, conseqüentemente não atende adequadamente o paciente, deixa de atender outro [...]”. (G1)

Outro aspecto apontado pelos participantes da pesquisa diz respeito à fragilidade na oferta de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos no cenário prisional, o que, por sua vez, dificulta a implantação de melhorias na gestão da PNAISP.

“[...] todas as pessoas privadas de liberdade teriam que ter o seu direito à saúde. Na verdade, eles têm o direito à saúde, mas assim de forma bem

precária. Porque hoje a gente ainda encontra o preso com doenças contagiosas dentro das penitenciárias, mulheres ainda não tem o pré-natal, o preventivo como deveria ter, por não ter uma saúde prisional específica para ela dentro dos presídios”. (G2)

Os achados deste estudo apontaram também a fragilidade quanto à capacitação dos profissionais de saúde no tocante ao cuidado às PPL, conforme evidenciado no relato que segue:

“[...] os nossos profissionais, eles não foram treinados para trabalhar com esse pessoal, né? [...] eu não sei se isso é discriminação ou se isso é medo, eu sei que eu tenho problema com os meus em aceitar que esse hospital [...] tenha essa finalidade de tratar os privados de liberdade”. (G3)

5. Discussão

É possível inferir que, de modo geral, os participantes da pesquisa reconhecem os princípios constitucionais no tocante ao direito à saúde das PPL, porém são incipientes os conhecimentos acerca da operacionalização de tais direitos, achados estes semelhantes aos estudos de outros pesquisadores⁽⁵⁾. Ressalta-se, entretanto, que para além do conhecimento da legislação vigente, faz-se necessária a capacitação dos atores envolvidos no contexto da assistência à saúde das PPL para consolidação da qualidade no cuidado⁽¹²⁾.

Não raras vezes, faz-se necessário o atendimento extramuros de PPL, uma vez que as ações de promoção e proteção à saúde têm demonstrado pouca resolutividade no contexto prisional, seja pela inexistência de ESP implantada ou ainda pelo cenário insalubre que compõe o sistema prisional brasileiro⁽¹²⁾. Neste contexto, e por considerar a necessidade de garantir a segurança tanto do apenado quanto dos profissionais envolvidos com a assistência, a articulação entre os gestores da saúde e da justiça é primordial para otimizar a assistência, sobretudo no que versa à agilidade no atendimento e, conseqüentemente, o retorno dos mesmos ao sistema prisional⁽¹⁵⁾.

Destarte, compete aos gestores dos serviços de saúde extramuros acolher as demandas, dispor de instalações, material e produtos farmacêuticos que permitam prestar às PPL os cuidados e o tratamento adequados. Além disso, devem ser capazes de prevenir, gerir e solucionar os conflitos oriundos dos processos de trabalho⁽⁹⁾ que, possivelmente, se acentuam em casos de clientelas historicamente estigmatizadas, a exemplo das PPL. Neste panorama, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde sob seu cuidado, o desenvolvimento da autonomia dos usuários e a resolutividade da atenção são essenciais para a superação dos limites que dificultam as boas práticas de saúde⁽¹⁶⁾.

Em contraponto, os relatos dos gestores evidenciaram as fragilidades quanto à efetivação da intersetorialidade, necessárias não só no âmbito do SUS, mas também entre os dispositivos de saúde, segurança, assistência social, dentre outros⁽¹⁷⁾. Assim, estabelecer processos de comunicação com os distintos gestores desses dispositivos viabiliza a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde e favorece a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo por meio do desenvolvimento de ações transversais e integrais⁽¹⁰⁾.

Do mesmo modo, a integralidade da atenção visa garantir o acesso do indivíduo ou do grupo de indivíduos a um conjunto articulado de ações preventivas e curativas que abrangem cada caso, em cada nível de complexidade do sistema, de acordo com as necessidades de cada indivíduo⁽¹⁸⁾. Acrescente-se que as falhas nas ações de promoção à saúde corroboram o adoecimento das PPL e, por sua vez, aumentam as demandas de serviços de média e alta complexidade. Especificamente no contexto da assistência no ciclo gravídico-puerperal, as falhas no acompanhamento pré-natal repercutem negativamente na saúde do binômio mãe/filho⁽¹⁸⁾.

Nessa conjuntura, o Ministério da Saúde propõe a educação permanente como estratégia de transformação das práticas de formação, atenção, gestão, participação e controle social, possibilitando a transformação das práticas profissionais, propondo uma reflexão sobre o trabalho que realizam, baseando-se nas suas dificuldades e experiências⁽¹⁰⁾. A educação permanente no cenário da saúde permite a construção de um processo pedagógico dinâmico e contínuo, fazendo com que os profissionais sejam corresponsáveis nas tomadas de decisão e possibilite atenderem às necessidades das problemáticas existentes no SUS. Sendo assim, é necessário investir em formação profissional voltada para o alcance da integralidade da atenção e a melhoria da qualidade da assistência, com ênfase nas competências técnicas e éticas⁽¹⁶⁾.

Por fim, conclui-se que, no contexto estudado, a ausência de ações de educação permanente dos profissionais constitui-se em um desafio para a consolidação da PNAISP⁽¹²⁾.

6. Conclusão

Dois eixos temáticos emergiram da análise das concepções e práticas de gestores de serviços de saúde sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, que são: a concepção de gestores de saúde sobre a PNAISP; e práticas dos gestores no âmbito da PNAISP. Quanto ao primeiro, os gestores de serviços de saúde que compuseram a amostra deste estudo reconhecem o direito à saúde das PPL. Entretanto, o conhecimento acerca dos princípios, diretrizes e operacionalização da PNAISP é escasso.

Para os participantes da pesquisa, por um lado, a interlocução entre os gestores da saúde e da justiça facilita a assistência prestada às PPL, mas, por outro lado, a carência de agentes de segurança para

custódia dos apenados nos espaços extramuros, a escassez de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos no ambiente prisional, associado ao déficit de atualização curricular através de educação permanente dos profissionais dos serviços de saúde, dificultam a efetivação da PNAISP.

Enfatiza-se que os resultados desta pesquisa representam a realidade local de um município do Nordeste brasileiro e, portanto, não podem ser generalizados para outras localidades. Sugere-se a replicação da pesquisa em outros territórios de saúde. Assim, os achados deste estudo contribuem com a discussão sobre os avanços e os entraves da implantação da PNAISP no cenário estudado e podem contribuir para o planejamento, execução e avaliação de ações que visem à melhoria da assistência a esta população.

Revela-se a necessidade de incluir questões referentes à saúde prisional nos componentes curriculares e nas atividades de estágio de discentes dos cursos da área da saúde. Ademais, sinaliza-se para a importância de ações de educação permanente para os profissionais que já atuam nos serviços de saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Justiça. Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN- Atualização Junho/2019. Brasília: Ministério da Justiça; 2019.
2. Rangel FM, Bicalho PPG. Superlotação das prisões brasileiras: Operador político da racionalidade contemporânea. *Estud psicol.* 2016;21(4):415-23.
3. Alves V, Binder MCP. Trabalhar em penitenciárias: violência referida pelos trabalhadores e (in) satisfação no trabalho. *Rev Bras Saude Ocup.* 2014;39(129):50-62.
4. Oliveira LV, Coelho AA, Salvador PTCO, Freitas CHSM. Muros (in)visíveis: reflexões sobre o itinerário dos usuários de drogas no Brasil. *Physis.* 2019;29(4):e290411.
5. Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(7):1999-2010.
6. Valim EMA, Daibem AML, Hossne WS. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Revista Bioética.* 2018;26(2):282-90.
7. Brasil. Ministério da Justiça. Lei de Execução Penal nº 7210, de 11 de julho de 1984. Brasília: Ministério da Justiça; 1984.
8. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

9. Nascimento LG, Bandeira MMB. Saúde Penitenciária. Promoção de Saúde e Redução de Danos do Encarceramento: Desafios para a Prática do Psicólogo no Sistema Prisional. *Psicol Cienc Prof.* 2018;38(spe2):102-16.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
11. Barbosa ML, Costa GMC, Celino SDM. Saúde e doença: concepções e necessidades percebidas no sistema penitenciário. *Rev enferm UFPE on line.* 2015;9(1,supl):261-70.
12. Silva PBS, Barbosa ML, Oliveira LV, Costa GMC. Assistência de enfermagem prestada às pessoas privadas de liberdade no ambiente hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20170809.
13. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia.* 2013;21(2):513-8.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Batista MA, Araújo JL, Nascimento EGC. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário. *Arq Cienc Saúde UNIPAR.* 2019;23(1):71-80.
16. Merhy E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO. (Org.). *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: Hucitec; 1994, p.117-60.
17. Barros JO, Daldon MTB, Rocha TO, Sznclwar LI, Lancman S. Intersetorialidade em saúde e trabalho no contexto atual brasileiro: utopia da realidade?. *Interface (Botucatu).* 2020;24:e190303.
18. Schultz ALV, Dias MTG, Lewgoy AMB, Dotta RM. Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira. *Argumentum,* 2019;9(2):1-16.

Participação dos autores na elaboração do artigo original

Mirraely Lorrán das Neves Florêncio: concepção da proposta, coleta e análise de dados, redação e revisão crítica da versão final.

Lannuzya Veríssimo e Oliveira: concepção da proposta, orientação e supervisão, análise de dados, redação e revisão crítica da versão final.

Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador: concepção da proposta, orientação e supervisão, análise de dados, redação e revisão crítica da versão final.