

# Sistema Penal & Violência

**Revista Eletrônica da Faculdade de Direito**  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

Porto Alegre • Volume 8 – Número 1 – p. 107-121 – janeiro-junho 2016

## **VIOLÊNCIA, CRIME E SEGURANÇA PÚBLICA**

### **Saúde e cárcere**

Estruturação da atenção básica à saúde  
no sistema prisional do Rio Grande do Sul

#### ***Health and prison***

*Primary health care system structure in prisons of Rio Grande do Sul*

*FELIPE ORNELL*

*RENATA MARIA DOTTA*

*JULIANA NICTERWITZ SCHERER*

*SONIA LUCINDA MODENA*

*VANESSA DAL CIN*

*ADRIANA MOKWA ZANINI*

*SILVIA CHWARTZMANN HALPERN*

Editor-Chefe

JOSÉ CARLOS MOREIRA DA SILVA FILHO

Organização de

CARMEN HEIN DE CAMPOS



## **Saúde e cárcere**

### **Estruturação da atenção básica à saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul**

#### **Health and prison**

*Primary health care system structure  
in prisons of Rio Grande do Sul*

FELIPE ORNELL<sup>a</sup>

RENATA MARIA DOTTA<sup>b</sup>

JULIANA NICTERWITZ SCHERER<sup>c</sup>

SONIA LUCINDA MODENA<sup>d</sup>

VANESSA DAL CIN<sup>e</sup>

ADRIANA MOKWA ZANINI<sup>f</sup>

SILVIA CHWARTZMANN HALPERN<sup>g</sup>

#### **Resumo**

As condições insalubres das prisões potencializam o desenvolvimento de doenças, sobretudo infectocontagiosas e psiquiátricas. A integração da saúde no Sistema Prisional (SP), como política pública, constitui um grande desafio. Embora o atendimento à saúde da População Privada de Liberdade (PPL) esteja previsto na Lei de Execuções Penais (1984), no SUS isso se consolidou recentemente. Este estudo objetiva descrever o perfil da PPL e mensurar a situação da atenção básica no SP do RS. Evidencia-se uma população predominantemente masculina, jovem, branca, com baixa escolaridade, solteira, reincidente e enquadrada por tráfico. Entre 2008 e 2014 houve uma ampliação de 56% na cobertura por equipes de saúde. Neste período, observa-se um aumento nos diagnósticos e a redução dos óbitos por tuberculose. Além de tuberculose, verificou-se alta prevalência de HIV e hepatite, o que sinaliza uma vigilância à saúde atuante. Acredita-se que a adoção de uma estratégia própria de financiamento e gestão possibilitou a melhoria da atenção à saúde, todavia, a escassez de indicadores mais específicos impossibilita avaliações mais precisas.

**Palavras-chave:** saúde pública; atenção básica; políticas públicas; prisão.

#### **Abstract**

Unhealthy prison conditions potentiate the development of diseases, especially infectious diseases and psychiatric disorders. The health integralization in Prison Systems (PS), as public policy, it is a major challenge. Although the health care of the incarcerated population (IP) is guaranteed by the law since the Lei de Execuções Penais (1984), it was just recently consolidated in the public health system. This study aims

<sup>a</sup> Psicólogo. Mestrando em Psiquiatria pela UFRGS. Possui Residência em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e Especialização em Dependência Química (FACEL). Pesquisador no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas – HCPA/UFRGS.

<sup>b</sup> Psicóloga. Mestre em Psicologia (PUCRS). Doutora em Ciências da Saúde, Métodos Diagnósticos e Epidemiologia das Doenças (UFCSPA). Especialista em Psicoterapia Psicanalítica da Infância, Adolescência e Idade Adulta e Psicanálise das Configurações Vinculares. Professora da Faculdade de Direito da Fundação Escola Superior do Ministério Público do Rio Grande do Sul (FMP). Coordenadora da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde Integral da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional, Secretaria Estadual da Saúde.

<sup>c</sup> Biomédica. Doutoranda em Psiquiatria pela UFRGS. Pesquisador no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas – HCPA/UFRGS.

<sup>d</sup> Possui graduação em Psicologia pela Universidade Luterana do Brasil. Especialização em Saúde Mental Coletiva: Álcool e Drogas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; e em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>e</sup> Graduanda em Psicologia (PUCRS) aluna de Iniciação Científica no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas – HCPA/UFRGS.

<sup>f</sup> Psicóloga. Mestre e Doutoranda em Psicologia/Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia Pesquisadora no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas – HCPA/UFRGS.

<sup>g</sup> Possui graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Doutoranda em Psiquiatria pela UFRGS. Mestre em Educação pela Universidade da Carolina do Norte – Chapel Hill e Pós graduação em Serviço Social pela UCPel. Coordenadora da área de Reinserção Social da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Pesquisadora no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas – HCPA/UFRGS

to describe the profile of the IP and to measure the status of primary health care in the PS of Rio Grande do Sul state. It was observed that the IP is comprised predominantly by men, young, white, with low education, single, relapsing, and convicted for drug trafficking. Between 2008 and 2014, there was an expansion of 56% in the health coverage by health teams. In this period, there was an increase in diagnoses and a reducing in tuberculosis deaths. In addition, there was a high prevalence of HIV and hepatitis, which could imply an increase in epidemiological surveillance. It is likely that the adoption of its own strategy for financing and management of health care in prisons in RS made possible the improvement of health care; however, the lack of more specific indicators precludes more accurate assessments.

**Key words:** public health, primary care, public policies, prison.

## Introdução

O aumento da população prisional é um fenômeno mundial (CHRISTIE, 1998), no qual o Brasil figura em quarto lugar do *ranking* de países que mais encarceram, ficando atrás apenas de Estados Unidos, China e Rússia, segundo o International Center for Prisons Studies (2014). Levando em consideração o número de presos em regime domiciliar, o Brasil supera a Rússia, possuindo a terceira maior população carcerária do planeta.

A realidade prisional brasileira, historicamente, constitui espaços de disseminação de agravos à saúde, o que decorre, entre outros fatores, das condições insalubres, que colocam as doenças respiratórias como as mais frequentes entre os presos (TRINDADE, 2011). Celas superlotadas, mal iluminadas e sem ventilação, e precariedade na higiene, tornam a população carcerária especialmente vulnerável ao desenvolvimento de doenças, sobretudo as infectocontagiosas, como HIV/AIDS, tuberculose, sífilis, hepatites B e C e outras de transmissão sexual (CANAZARO, 2010), bem como a problemas de saúde mental (MASSAD et al., 1999), incluindo o abuso e a dependência de drogas (BURATTINI et al., 2000). Estas condições constituem sérios riscos à saúde dos reclusos, de seus familiares e dos funcionários do sistema prisional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), configurando um problema de saúde pública.

A assistência à saúde é, no Brasil, um direito previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90, que a asseguram como um direito de todos e responsabilidade do Estado, devendo ser prestada pelas três esferas de governo de forma universal, igualitária e integral em todos os níveis de complexidade. Em 1984, antes do surgimento do SUS, a Lei de Execução Penal (LEP) já assegurava o atendimento à saúde nas unidades prisionais, garantindo atendimento médico, odontológico e farmacêutico, legitimando, conforme a Lei nº 7.210/84, que a “assistência ao preso e ao internado é dever do estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”. Nas últimas três décadas, observou-se avanço significativo na legislação nacional que salvaguarda o acesso à saúde à população privada de liberdade, entretanto, a efetivação deste direito ainda é deficitária evidenciando o descumprimento do Estado de seu dever, garantido aos custodiados (ARRUDA et al., 2013).

No Rio Grande do Sul, nos últimos anos, tem se observado o aumento progressivo do número de equipes de atenção básica, implantadas em unidades prisionais, porém, não existem estudos acadêmicos mensurando a situação da cobertura da atenção básica prisional no estado e descrevendo o perfil da população privada de liberdade. Sabe-se que, entre 2003 e 2005, 30% dos óbitos entre apenados, no Rio Grande do Sul, foram decorrentes de doenças pulmonares (RIO GRANDE DO SUL, 2006, p. 167). Além disso, ressalta-se que o HIV, altamente prevalente na PPL, acarreta alterações no sistema imunológico, potencializando o desenvolvimento de diversos outros agravos à saúde, principalmente de cunho infectocontagioso, como a tuberculose (De COCK et al., 1992). Tendo em vista a escassez de estudos sobre a atenção à saúde da população prisional e a

importância do levantamento de dados que possibilitem a construção de políticas públicas efetivas, objetivamos descrever o perfil sociodemográfico e criminal da população carcerária, além de mensurar a cobertura dos serviços de atenção básica à saúde das pessoas privadas de liberdade no estado do Rio Grande do Sul, no período entre 2002 e 2014.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo em que foram analisados dados secundários obtidos através de bases de dados nacionais e estaduais. Informações referentes à PPL nos anos compreendidos entre 2005 e 2013 foram consultadas nos Relatórios Estatísticos – Analíticos do Sistema Prisional Brasileiro e no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias de 2014 – Infopen, ambas disponibilizadas no *website* do Ministério da Justiça (BRASIL, 2005-2013). Informações referentes aos anos de 2002, 2003, 2004 e 2014 foram solicitadas diretamente na Superintendência dos Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul por não estarem consolidados na base nacional no momento da coleta. Informações sobre as equipes de saúde foram consultadas nos *websites* da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL) e no Ministério da Saúde (BRASIL), dados não localizados, ou desatualizados, foram solicitados pessoalmente. O recorte temporal corresponde à transição compreendida entre a publicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP (Portaria Interministerial nº 1.777, 2003) – que organizou o acesso da população privada de liberdade (PPL) aos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para sua consolidação em política pública, através da aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) em 2014 (Portaria Interministerial nº 1, 2014).

Inicialmente, foi levantado o perfil sociodemográfico e criminal da população custodiada, no ano de 2014. Posteriormente, foram identificadas as equipes de saúde habilitadas em unidades prisionais, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Levantou-se o total da população prisional nos respectivos estabelecimentos, conforme o ano da habilitação da equipe, para proceder ao cálculo da evolução da cobertura de serviço por critério populacional. As informações sobre ano de habilitação de equipes de atenção básica em estabelecimentos prisionais e tipo de financiamento foram obtidas por meio do levantamento das resoluções publicadas no Diário Oficial do estado do RS, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS). Neste contexto de análise, entende-se serviço de atenção básica como uma equipe constituída por sete profissionais da saúde: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário, psicólogo e assistente social, com carga horária de 20 horas semanais, de acordo com os critérios estabelecidos na PNSSP. A prevalência de HIV, Hepatite, Tuberculose e sífilis na PPL do RS no ano de 2014 foi extraída do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias de 2014<sup>1</sup>. O único agravo da lista nacional de doenças de notificação compulsória disponibilizada pelo Ministério da Saúde com recorte específico para a PPL foi a tuberculose, e este dado foi coletado no *website* do Datasus<sup>2</sup>.

## Resultados

Entre os anos de 2002 e 2014 (Tabela 1), evidenciou-se crescimento de 79% no número de presos no sistema prisional do Rio Grande do Sul. Em 2002, a população custodiada era de 16.692 pessoas, e em dezembro de 2014 contabilizavam-se 29.829 presos, o que representa 5% da população carcerária do país (RIO GRANDE DO SUL, Superintendência dos Assuntos Previdenciários, 2014; BRASIL, 2014).

<sup>1</sup> <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>>.

<sup>2</sup> <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>.

**Tabela 1.** Crescimento prisional e incidência de tuberculose no Rio Grande do Sul e na População Privada de Liberdade do Estado

Ano	PPL do RS	Casos notificados de TB no RS	Casos notificados de TB na PPL do RS	Porcentagem de casos notificados de TB na PPL em relação ao total do RS	Casos notificados de TB na PPL de POA	Porcentagem de casos notificados de TB na PPL/POA em relação à PPL total	Óbitos por TB no RS	Óbitos por TB na PPL
2000	13784	16	**	**	**	**	**	**
2001	14862	21	**	**	**	**	**	**
2002	16692	195	1	0.5	1	**	3	0
2003	18421	5794	8	0.13	7	**	19	0
2004	19273	5899	18	0.30	18	100	27	0
2005	22621	5618	78	1	74	95	20	0
2006	23814	5329	147	3	123	84	55	5
2007	25606	5636	446	8	188	42	159	8
2008	27636	5877	543	9	273	50	213	8
2009	28750	6311	758	12	409	54	186	9
2010	31383	6346	727	11	348	48	225	9
2011	29113	6470	719	11	325	45	214	10
2012	29243	6571	686	10	275	40	240	8
2013	28198	6908	805	12	345	43	210	9
2014*	29829	4253	457	11	209	46	108	5

Fonte: Ministério da Saúde – SINAN.

TB – Tuberculose; PPL – População Privada de Liberdade; POA – Porto Alegre.

\* Os dados referentes a 2014 são parciais.

Com relação ao perfil sociodemográfico da população carcerária (Tabela 2), ela é constituída, predominantemente, por homens (94%), solteiros (53%), com ensino fundamental incompleto (59%), adultos jovens (67%), naturais do Rio Grande do Sul (90%) e reincidentes (68.5%). Quanto à raça/cor, a maioria (66%) é composta por brancos, seguidos de negros e pardos, os quais somam 32,4%. Referente à ocupação, a maioria não se encontra em atividade laboral (57%), e o índice de presos estudando é de 8%, segundo a Superintendência dos Assuntos Previdenciários do Rio Grande do Sul (2014).

Quanto ao tipo de delito cometido (Figura 1), a maioria (48%) possui enquadramento por tráfico de entorpecentes, seguido de crimes com arma de fogo (6,5%), latrocínio (5,86%), roubo simples (5,56%), receptação (5,54%), porte ilegal de arma (4,91%), homicídio simples (3,49%) e estupro (3,02%).

Com relação às equipes de atenção básica à saúde, houve crescimento significativo nos estabelecimentos prisionais do RS, no período entre 2008 e 2014 (Figura 2). Em 2007 não havia equipes de saúde no âmbito do SUS, em 2008, contabilizavam-se oito equipes e, em 2014, este número chegou a 33 equipes – 24 equipes implantadas e nove em processo de implantação – configurando 56% de cobertura do atendimento à saúde em nível de atenção básica à população prisional do RS, atendendo aos parâmetros preconizados pelo SUS.

Em relação às doenças e agravos transmissíveis, no ano de 2014, o Sistema Prisional do RS apresentou a maior prevalência de HIV (530.13/10.000), a segunda maior de Hepatite (130.13/10.000) e a terceira maior de tuberculose (237.16/10.000), se comparada a outros estados do Brasil. Ainda, em relação à tuberculose – única doença de notificação disponibilizada pelo Ministério da Saúde com recorte para a PPL – observou-se um aumento de 80,49% nos casos diagnosticados, contrastando com uma redução de 0,68%

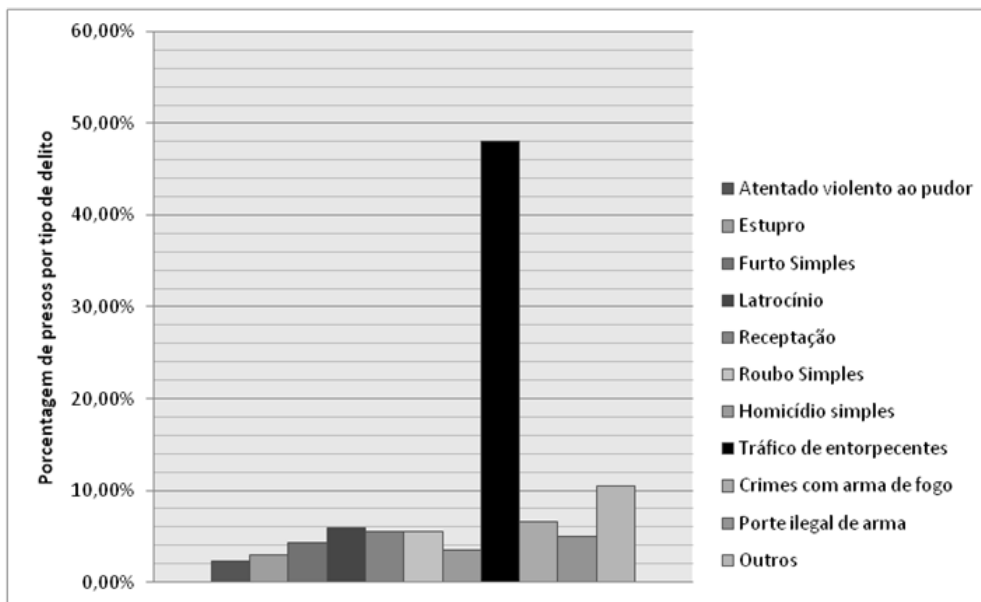
na mortalidade após a implantação das equipes de saúde em nível de atenção primária, entre os anos de 2007 e 2013 (Tabela 1). Dados de 2014 não foram incluídos por estarem parcialmente consolidados no momento da coleta de dados.

**Tabela 2.** Dados sociodemográficos da população privada de liberdade no Rio Grande do Sul

Variável	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Total de presos no Rio Grande do Sul	28134	94,3	1704	5,7	29838	100,0
Grau de instrução						
Analfabeto	904	3,21	39	2,29	943	3,2
Alfabetizado	1585	5,63	34	2,00	1619	5,4
Ensino Fundamental incompleto	17628	62,66	973	57,10	18601	62,3
Ensino Fundamental completo	3293	11,70	198	11,62	3491	11,7
Ensino Médio incompleto	2717	9,66	204	11,97	2921	9,8
Ensino Médio completo	1656	5,89	202	11,85	1858	6,2
Ensino Superior incompleto	216	0,77	37	2,17	253	0,8
Ensino Superior completo	100	0,36	15	0,88	115	0,4
Não informado	35	0,12	2	0,12	37	0,1
Faixa etária						
18 a 24 anos	6101	21,69	285	16,73	6386	21,4
25 a 29 anos	6724	23,90	341	20,01	7065	23,7
30 a 34 anos	6091	21,65	333	19,54	6424	21,5
35 a 45 anos	6323	22,47	467	27,41	6790	22,8
46 a 60 anos	2517	8,95	249	14,61	2766	9,3
Mais de 60 anos	367	1,30	29	1,70	396	1,3
Não informado	11	0,04	0	0,00	11	0,04
Naturalidade						
Rio Grande do Sul	26825	95,35	1611	94,54	28436	95,30
Santa Catarina	460	1,64	26	1,53	486,0	1,63
Paraná	404	1,44	26	1,53	430,0	1,44
São Paulo	99	0,35	11	0,65	110,0	0,37
Outros estados	346	1,23	30	1,76	376,0	1,26
Reincidência						
Reincidentes	19587	69,62	847	49,71	20434	68,5
Não reincidentes	8547	30,38	857	50,29	9404	31,5
Estado civil						
Casado	2310	8,21	146	8,57	2456	8,2
Vive como casado	8905	31,65	534	31,34	9439	31,6
Desquitado	40	0,14	4	0,23	44	0,1
Divorciado	233	0,83	39	2,29	272	0,9
Separado	638	2,27	50	2,93	688	2,3
Solteiro	15868	56,40	878	51,53	16746	56,1
Viúvo	140	0,50	53	3,11	193	0,6
Total	28134		1704		29838	

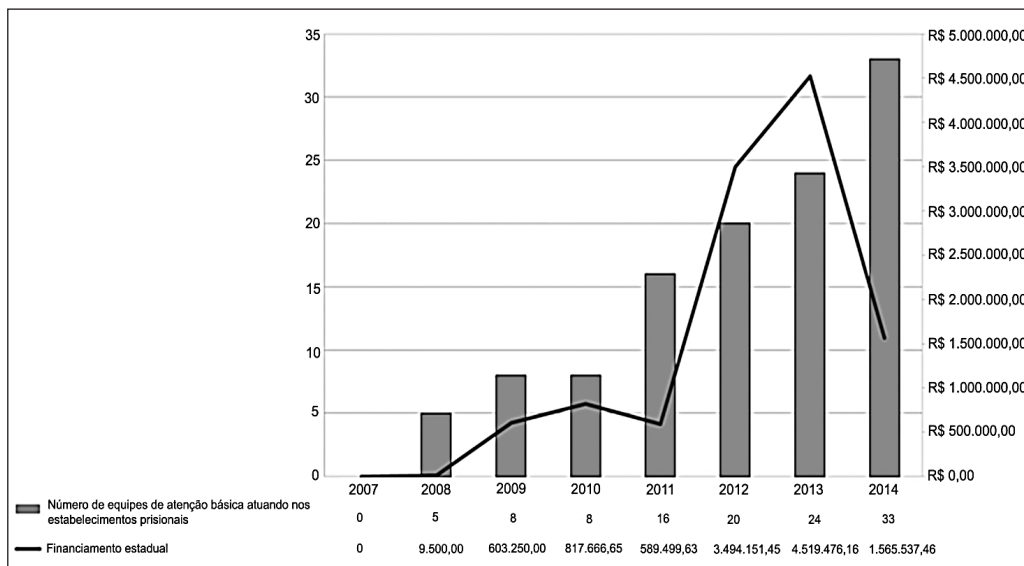
Fonte: Departamento de Segurança e Execução Penal (Susepe).

**Figura 1.** Distribuição da População Prisional do Rio Grande do Sul no ano de 2014 por tipo de delito.



\* Observa-se que há presos enquadrados em mais de um delito.

**Figura 2.** Crescimento do financiamento estadual e da cobertura da atenção básica à população privada de liberdade no sistema prisional do Rio Grande do Sul.



\* Os dados referentes a 2014 são parciais.

## Discussão

Entre os anos de 2003 e 2014, o Brasil demonstrou elevado crescimento na PPL, obtendo um acréscimo de 86% nesta população. Neste mesmo período, a PPL do RS quase dobrou, passando de 18.421 para 29.829 presos. Em 2014, o estado concentrava 5% da população carcerária total do país, de acordo com os dados do Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2014) e da Superintendência de Assuntos Penitenciários (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

O perfil sócio demográfico da PPL no Rio Grande do Sul evidenciado neste estudo é muito semelhante ao descrito previamente na literatura – homens, adultos jovens, solteiros, com baixa escolaridade e reincidentes – corroborando a premissa de que a exclusão social parece constituir um agente facilitador ao ingresso e manutenção na criminalidade (ASSIS e CONSTANTINO, 2001), e sinalizando a falta de atenção às condições sociais prévias posteriores ao encarceramento. Isso demonstra a fragilidade do estado em relação ao dever, pautado no tratamento penal e na reintegração do indivíduo à sociedade, e a falha da efetividade das políticas públicas intersectoriais neste âmbito, que se reflete no baixo índice de custodiados estudando ou em atividade laboral.

O aumento da PPL precisa ser analisado com cautela, pois, se por um lado, isso pode conduzir à percepção do crescimento da violência na sociedade, por outro, evidencia-se que a maior parte dos apenados não está enquadrada por crime violento, mas por tráfico de entorpecentes. Apesar do tema “drogas” não ser o objeto central deste estudo, pondera-se que, a compreensão, a construção e a discussão das políticas públicas de saúde voltadas à PPL não pode ser realizada sem considerar o fato de 48% dos presos no RS possuíam enquadramento por Tráfico. Isso vem ao encontro de duas pesquisas nacionais recentes que demonstraram que os encarcerados por tráfico de entorpecentes são principalmente jovens, pobres, primários e que carregavam pouca quantidade do produto. Após serem enquadrados como traficante grande parte deles responde ao processo encarcerado e dificilmente escapa à condenação (BOITEUX, 2009). Ademais, estima-se que cerca de 80% dos apenados consumam SPA dentro dos estabelecimentos prisionais do RS (RIO GRANDE DO SUL, 2012a), o que pode indicar que o contato com a droga não se restringe ao comércio, e que o consumo não é interrompido após a prisão, reafirmando a necessidade de elaboração de estratégias focadas na saúde mental.

Neste sentido, a dependência de substâncias e os agravos adjacentes do consumo podem sinalizar para uma mudança no perfil do preso gaúcho, e para a constituição de uma demanda emergente para equipes de saúde. Conforme exposto na constituição, a atenção à saúde deve ocorrer de acordo com os determinantes e condicionantes de saúde da população adscrita no seu território, contemplando as principais demandas e agravos e possibilitando a elaboração de estratégias de prevenção, tratamento e reabilitação.

A alta prevalência de problemas respiratórios e doenças infectocontagiosas entre usuários e dependentes de drogas, bem como o alto índice de encarceramento desta população, frequentemente envolvida em atos ilícitos, já estão bem descritos na literatura. Isso pode ocorrer, principalmente, por dois motivos: o fato de serem adjacentes de grupos sociais vulneráveis que, historicamente, tem menor acesso à saúde e o fato de envolverem-se em situações de potencial nocivo (GOIS, 2012). Quanto a este fator, sabe-se que usuários de drogas constituem um grupo especialmente exposta ao envolvimento em situações de risco, tais como troca de sexo por droga/dinheiro, compartilhamento de seringas e outros aparatos e uso inconsistente de camisinha (PECHANSKY et al., 2004). Referente a isso, a pesquisa nacional da FIOCRUZ (2012) demonstrou que 48,80% dos usuários de crack ou similares já foi presa alguma vez na vida, 47 % foi detido no último ano, e 9% refere obtenção de dinheiro a partir de atividades ilícitas que não o tráfico, percentual muito próximo do verificado neste estudo. Do mesmo modo, esse estudo revelou uma alta prevalência de infecção por HIV (4,97%) e de HCV (2,63%), ambas mais elevadas do que o evidenciado na população geral brasileira. A tuberculose foi verificada em 1,67% dos usuários de crack, todavia, em relação a TB, os autores sinalizam que apesar da baixa prevalência encontrada, um terço da população de estudo referiu ter apresentado tosse, com ou sem catarro, por mais de 3 semanas.

Tomando como referência o quadro de precariedade das condições de aprisionamento, as prisões brasileiras vêm operando como dispositivo de oficialização da exclusão social. O estigma de criminoso se sobrepõe à vida dos sujeitos, que, em sua maioria, já provêm de grupos marcados pela marginalização



(TAVARES e MENEANDRO, 2004). Ressalta-se que sujeitos adjacentes de classes mais baixas encontram-se mais expostos a sofrer ação da justiça, através do aparato judiciário policial, o que reforça o estereótipo de pobre/criminoso. Assim, segundo Zaluar (2000), a população carcerária não constitui uma manifestação fidedigna do conjunto total de infratores, posto que, geralmente, não atinge pessoas com poder maior de defesa.

A entrada na prisão consiste, muitas vezes, na sequência de uma rota prévia de violação dos direitos humanos, conceito intimamente vinculado à dignidade da pessoa humana. Trata-se de um conceito amplo que se efetiva em diversas esferas: civil, econômica, política, cultural, social. A saúde está intrinsecamente relacionada à preservação da vida e da dignidade humana, já expressa, em 1948, na Declaração dos Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). O conceito de saúde foi amplamente discutido, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, como resultante de um conjunto de fatores. Isto foi posteriormente exposto no artigo 3º da Lei Orgânica do SUS, Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990), que dispõe que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país. De acordo com a lei, a saúde comporta, entre outros determinantes e condicionantes: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais, sendo um direito de todos os habitantes do território nacional (BRASIL, 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Apesar de, no Brasil, a garantia à saúde só ter sido promulgada na Constituição de 1988 e oficializada pelas Leis 8080 e 8142 do SUS de 1990, antes disso a população custodiada já gozava de uma legislação que legitimava seu direito à saúde. Em 1984, a LEP já assegurava o atendimento médico, odontológico e farmacêutico, determinando que a “assistência ao preso e ao internado é dever do estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade” (BRASIL, 1984). O conceito da LEP é anterior à Reforma Sanitária, portanto adota caráter meramente curativo, desfocado de uma visão ampliada do cuidado integral, advinda com a criação do SUS.

Analisando-se o cenário nacional, observa-se que a efetivação do direito do preso à saúde, no âmbito do SUS, só começou a se concretizar em 2003, quase 20 anos após a LEP, por meio do plano intersetorial articulado entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Justiça (MJ), que resultou na homologação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Com o PNSSP, o Ministério da Saúde passou a regulamentar e organizar o acesso à saúde da pessoa privada de liberdade. A PNSSP situa a atenção à saúde prisional dentro da Rede de Atenção Primária à Saúde e estabelece que o atendimento deve ser realizado por equipes multidisciplinares, focadas na promoção, prevenção e redução de agravos, principalmente com foco na atenção básica e nas doenças infectocontagiosas (BRASIL, Portaria Interministerial nº 1.777, 2003).

Apesar de, em 2003, a PNSSP trazer avanços, ao consolidar a base para implementação de um programa de saúde pública nas prisões, e estabelecer diretrizes para as ações e os serviços de saúde, pouco progresso foi observado nos anos subsequentes à sua publicação. Isso decorre do subfinanciamento federal (R\$ 3.890,00 por equipe, em estabelecimentos com mais de 100 presos, e R\$ 1.780,00 em estabelecimentos com menos de 100 presos) e da inexperiência dos estados na consolidação de uma política pública intersetorial (DOTTA-PANICHI, 2014).

Entre 2003 e 2007, não havia equipes habilitadas de atenção básica, na esfera municipal do SUS, atuando em estabelecimentos prisionais do Rio Grande do Sul. A Resolução CIB/RS nº 101/2006 criou o incentivo fundo a fundo de R\$ 4.000,00/mês por equipe completa, implantada pela rede municipal em estabelecimento prisional, como recurso complementar ao federal (RIO GRANDE DO SUL, 2006). Em 2008, as primeiras cinco equipes de atenção básica foram implantadas no RS. Em 2010, a Resolução CIB/RS nº 54/2010 aumentou o valor do incentivo estadual de repasse aos municípios para R\$ 6.666,00/mês por equipe completa habilitada. Ao final deste período, 8 equipes foram contabilizadas (RIO GRANDE DO SUL, 2010). Em 2011, a Resolução

CIB/RS 257/2011 reorientou o modelo de atenção, descentralizou a gestão do cuidado ao nível da atenção básica, como ponto de atenção da rede municipal de saúde, e adotou o critério populacional para repasse de recurso. De acordo com esta resolução, o recurso médio mensal por equipe habilitada variava de R\$ 8.220,00 a R\$ 14.220,00, acrescido do valor de R\$ 2,78 por habitante preso/mês (RIO GRANDE DO SUL, 2011). O aumento do repasse e a reorientação do modelo de atenção possibilitaram a ampliação das 8 equipes existentes em 2010 para 24, em 2013. Em 2014, com o lançamento da política nacional que criou novos incentivos federais (BRASIL, Portaria nº 482, 2014), contabilizaram-se 33 equipes habilitadas no RS, atingindo 56% da população custodiada em 23 municípios: Porto Alegre, Guaíba, Charqueadas, Osório, Montenegro, Santa Vitória do Palmar, Santa Rosa, São Luiz Gonzaga, Três Passos, Santa Cruz do Sul, Pelotas, Ijuí, Santo Cristo, Rio Grande, São Gabriel, Cacequi, Iraí, Erechim, Cruz Alta, São Vicente do Sul, Canoas e Venâncio Aires.

No período de 2003 a 2007, o cofinanciamento estadual era inexistente. De 2008 a 2010, o estado repassou R\$ 1.430.146,56 para custeio de 8 equipes, atingindo cobertura de 20% da população geral custodiada. No período de 2011 a 2014 (dados parciais até junho de 2014,) este valor foi aumentado para R\$ 10.168.664,90, custeando 24 equipes e cobrindo 49% da população prisional geral. Ressalta-se que no período de 2003 a 2013 o financiamento federal não foi alterado, permanecendo em R\$ 3.780,00 para custeio de equipes de 20 horas, em estabelecimentos com mais de 100 presos, e de R\$ 1.890,00 para equipes de 6 horas, em estabelecimentos com menos de 100 presos (BRASIL, PORTARIA INTERMINISTERIAL nº 1.777, 2003).

No Rio Grande do Sul, nos primeiros cinco anos do PNSSP, evidenciou-se a inércia do estado. O crescimento significativo do número de equipes de atenção básica foi concretizado apenas a partir de 2008, após a aprovação de um incentivo financeiro estadual que conduziu à ampliação da cobertura da rede de saúde à população privada de liberdade. Em 2003, tal cobertura era inexistente, conforme a Resolução CIB/RS nº 054/2010. Em 2008, a ampliação da rede de atenção básica alcançou 27% da população prisional geral. Em 2011, a cobertura subiu para 42%. Em 2014, evidenciou-se 56% de cobertura. Em 2015, com aumento do recurso federal a perspectiva de crescimento é de 7%, superando as metas estabelecidas no Plano Estadual de Saúde.

Tal progresso decorre, *a priori*, de três fatos: constituição de um grupo de trabalho intersetorial entre Secretaria Estadual da Saúde e Secretaria da Segurança Pública (RIO GRANDE DO SUL, CIB nº 177, 2005); elaboração Termo de Compromisso envolvendo gestor municipal e estadual do SUS com a prestação de serviços de saúde e previsão orçamentária estadual. Tal previsão foi garantida pela elaboração normativas próprias da Secretaria Estadual da Saúde que cria incentivo estadual complementar ao recurso federal, para repasse aos fundos municipais de saúde - que prevêm a salvaguarda do financiamento para despesas de constituição de equipes de atenção básica, bem como orçamento específico para construção e compra de equipamentos e materiais permanentes para as unidades básicas prisionais. Esta ação demonstra a proatividade da Política Estadual de Saúde no desenvolvimento de estratégia que reorienta o modelo de atenção à saúde prisional para enfrentamento desta problemática por meio da parceria intersetorial, da inserção da população prisional na pauta da saúde pública e da cor responsabilização municipal na oferta de serviços de atenção básica descentralizados na esfera prisional.

Conforme os parâmetros do SUS, o Rio Grande do Sul adotou uma política pública de municipalização da atenção básica à saúde no sistema prisional, incluindo a atenção à saúde da população custodiada dentro das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços (BRASIL, LEI nº 8080, 1990; DOTTA-PANICHI, 2014). O grande avanço na política foi observado, em 2011, com a publicação da Resolução CIB nº 257/211 que aumentou o incentivo estadual de cofinanciamento e reorientou a pactuação com os gestores das esferas municipais para a implantação de unidades básicas nos estabelecimentos prisionais, com serviços equivalentes

aos prestados à população em geral (PES, 2014). Estima-se que a expansão da cobertura das equipes tenha possibilitado uma série de avanços: redução da mortalidade, como sinalizado no caso da tuberculose; aumento do acesso a serviços de saúde e aumento nos diagnósticos; ênfase não apenas na recuperação, mas também na promoção de saúde, evidenciado nas ações de educação em saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016), vigilância epidemiológica; detecção e tratamento precoce de tuberculose, HIV e outros agravos; a implantação de exames de testes rápidos de HIV e sífilis como porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde prisionais (RIO GRANDE DO SUL, 2012). Isso vem ao encontro com os dados do relatório analítico estatístico do sistema prisional do RS de 2014 que aponta altos índices de HIV e Tuberculose na PPL gaúcha.

Ressalta-se que a avaliação de indicadores epidemiológicos de saúde foi uma dificuldade observada na realização do presente estudo. Apesar do número de equipes de saúde ter sido ampliado, evidencia-se a carência de dados epidemiológicos na população prisional gaúcha que possibilitem conclusões mais específicas sobre a situação da saúde no estado, os dados encontrados acabam sendo adjacentes de notícias e não de estudos científicos. O único dado consolidado pelo SINAN é o referente à tuberculose – dados sobre HIV estavam disponíveis apenas no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen.

Tendo como base os casos anuais de Tuberculose, pode-se perceber que os diagnósticos, na população geral do RS, aumentam significativamente a partir de 2002 e 2003, todavia, na população privada de liberdade passa a ocorrer a partir de 2007, momento em que as equipes passam a ser instaladas nas unidades prisionais. Além disso, observa-se um aumento dos diagnósticos entre 2007 e 2014 (ressaltando que os dados de TB de 2014 são referentes apenas ao primeiro semestre, por não estarem consolidados no momento da coleta).

Apesar de os diagnósticos terem aumentado, assim como o próprio aumento do número de presos, a mortalidade se manteve sem grandes alterações estatísticas na PPL, e a maior parte dos diagnósticos ocorreram em Porto Alegre, local que concentra maior porcentagem da PPL do estado. Ressalta-se que, possivelmente, o aumento dos diagnósticos de TB tenha sido decorrente da vigilância à saúde mais efetiva e não do aumento dos casos propriamente.

Não foi possível mensurar o número de óbitos na PPL do RS, os relatórios analíticos estatísticos do sistema prisional, disponibilizados pelo MJ apontam para a ocorrência de 3 óbitos em 2006, 11 em 2007, 4 em 2008, 36 em 2009, 19 em 2010, 5 em 2011, 3 em 2012, e 85 em 2014, não havendo registro do ano de 2013. Estes números parecem subestimados, tendo em vista que de acordo com uma publicação no site do MJ, no período compreendido entre 2009 e setembro de 2012, ocorreram 278 mortes de presos apenas na região metropolitana do RS, sendo a maior parte por insuficiência respiratória, seguido de AIDS e outras doenças respiratórias.

De acordo com o departamento penitenciário nacional a taxa de óbitos naturais e de óbitos criminosos na PPL do RS em 2014 foi a segunda maior do país, respectivamente 32 e 9,60 mortes para 10 mil presos. Além disso, o PRONASCI divulgou que em 2006 ocorreram 155 mortes, e entre janeiro e setembro de 2007 ocorreram 99 mortes na PPL do RS, o que reforça a hipótese de que os dados estavam subestimados.

O mesmo relatório aponta que a PPL do RS demonstra a maior taxa de infecção por HIV do país (530,13/10.000), a segunda maior de hepatite (130/1310.000) e a terceira maior de tuberculose (237,16/10.000), o que novamente vem ao encontro dos dados evidenciados nas pesquisas nacionais sobre uso de drogas. Apesar da alta prevalência, o relatório sinaliza que os dados precisam ser analisados com parcimônia, pois é possível que estas altas taxas sejam decorrentes de um melhor sistema de diagnóstico de saúde e melhor qualidade nos serviços de atenção à saúde prisional.

O número de equipes aumentou quase 6 vezes, entre 2008 e 2014, demonstrando avanço significativo de cobertura. Embora com avanços, a cobertura da rede de saúde não tem conseguido se sobrepôr ao número de novos encarceramentos, o que lança novos desafios para gestores e profissionais de saúde.

Apesar da ampliação de recursos, ainda há dificuldade para mensurar a proporção deste alcance, com dados que possibilitem comparações concretas e de programas de saúde adaptados a este contexto em particular. Há também dificuldade tanto de implantação de sistemas de informação em saúde, neste espaço peculiar, como de acesso a informações, pois poucos dados são divulgados sobre a população prisional.

## Conclusões

Este estudo demonstrou que o perfil sociodemográfico da população privada de liberdade no Rio Grande do Sul corrobora o descrito na literatura para a população carcerária brasileira, que sinaliza falhas nas políticas preventivas e inclusivas – visto que o Estado busca muito mais ações de repressão. Com isto, observa-se alto índice de reincidência e um número baixo de custodiados em atividades laborais e educativas, o que leva a questionar a efetividade do sistema carcerário em seu propósito de reintegração social. Além disso, o superencarceramento favorece a violação dos direitos humanos, e dificulta as políticas de saúde e reinserção social, tornando o sistema carcerário limitado, focado no cumprimento da punição e com pouca capilaridade de articulação com a rede de reintegração social.

Ressalta-se o crescimento da população prisional, nos últimos 11 anos, e o fato de quase metade dos presos possuírem enquadramento por “tráfico de entorpecentes”. Tal realidade coloca em discussão, e abre espaço para posterior estudo sobre a política nacional sobre drogas e a criminalização dos usuários. Além disso, este dado é imprescindível na construção de estratégias de diagnóstico e tratamento, pois sinaliza para uma demanda anteriormente reprimida e para agravos de saúde específicos e com alto potencial de mortalidade se não tratados. Também se sinaliza para a importância das estratégias de atenção à saúde mental nesta população. Apesar da maioria das ações serem voltadas para infectocontagiosas, o que sem dúvida é fundamental, evidencia-se que problemas de saúde mental podem estar latentes e constituir uma demanda reprimida, como outrora ocorreu com a tuberculose.

Sabe-se que as prisões são locais propícios para o desenvolvimento de doenças, em especial as infectocontagiosas e os transtornos mentais. Para enfrentar esta realidade, o Brasil possui uma legislação avançada, no que diz respeito à garantia de acesso à saúde dos custodiados, mas, na prática, esta população vem sendo historicamente negligenciada pelo sistema de segurança pública e de saúde pública, o que se confirma quando verificamos que apesar de observar-se um aumento significativo dos casos diagnosticados de TB no Brasil a partir de 2003 no SP isso passa a ocorrer apenas após 2007.

O Rio Grande do Sul demonstra avanço significativo da cobertura de saúde pela atenção básica à população privada de liberdade, decorrente, a priori, da criação de um financiamento complementar próprio, de valor superior ao federal, e da reorientação do modelo de atenção por meio da municipalização da saúde pública, no contexto prisional, no âmbito do SUS. Apesar do progresso ser evidente, os dados para avaliar o impacto das ações das equipes de atenção básica à saúde são poucos, tendo em vista a fragilidade de informações específicas sobre a PPL nos Sistemas de Informação em Saúde que permitam confirmar a sua efetividade.

O fato de o RS possuir o maior índice de HIV, e alta prevalência de TB e hepatite, pode sugerir um maior rastreamento e controle, sinalizando para equipes de saúde atuantes. Todavia, o único dado consolidado e que torna possível estimar a efetividade das equipes de saúde, refere-se à tuberculose. Além disso, conhecer, exatamente, o perfil epidemiológico de cada estabelecimento prisional foi uma limitação deste estudo, em função da inexistência de dados que possibilitassem mensurar e comparar com locais sem equipes de saúde.

Reconhecemos a limitação adjacente da dificuldade de acesso a informações e do uso de dados secundários, gerando lacunas e impossibilitando conclusões mais específicas. Sugere-se que novos estudos

sejam realizados, com o intuito de mensurar os principais agravos de saúde evidenciados na PPL e a questão adjacente do aumento dos encarceramentos por tráfico, bem como seu reflexo nas políticas de saúde e segurança.

## Referências

- ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. *Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- ARRUDA, A. J. C. G.; OLIVEIRA, M. H. B.; GUILAM, M. C.; VASCONCELOS, D. I. B.; COSTA, T. F.; LEITE, I. F. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [on line] v. 7 (n. esp.), p. 6646-6654, 2013.
- BOITEUX, L. Grupo de Pesquisa em Política de Drogas e Direitos Humanos FND/UFRJ, Grupo de Pesquisa da Universidade de Brasília. Sumário executivo. *Relatório de pesquisa: Tráfico de drogas e Constituição*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/Brasília: PNUD/Ministério da Justiça; 2009. (Série Pensando o Direito, 1).
- BRASIL. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça. *Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil*. Brasília, 2014. <[http://www.cnj.jus.br/images/impressao/diagnostico\\_de\\_pessoas\\_presas\\_correcao.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/impressao/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf)>. Acesso em: 19 dez. 2014.
- \_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização de Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva; 1990.
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 7.210*, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal no Brasil. *Diário Oficial da União*, 11 jul. 1984.
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 8080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Justiça e da Saúde. *Portaria Interministerial nº 1.777*, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Relatórios Estatísticos Analíticos do Sistema Prisional. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/relatorios-estatisticos-analiticos>>. Acesso em: 31 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Lei nº 11.343*, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. *Diário Oficial da União*, 24 ago. 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde – SUS*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-no-sistema-prisional>>. Acesso em: 31 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. *Portaria Interministerial nº 1*, de 2 de janeiro de 2014. Aprova a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça; 2014.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 482*, de 01 de abril de 2014. Aprova as normas de operacionalização e financiamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília: Gabinete do Ministério/Ministério da Saúde, 2014.
- BURATTINI, M. N.; MASSAD, E.; ROZMAN, M.; AZEVEDO, R. S.; CARVALHO, H. B. Correlação entre HIV e HCV em prisioneiros brasileiros: evidência de transmissão parenteral no encarceramento. *Rev Saúde Pública*, v. 34, p. 431-436, 2000.
- BUTLER, T. G.; DOLAN, K. A.; FERSON, M. J.; MCGUINNESS, L. M.; BROWN, P. R.; ROBERTSON, P. W. Hepatitis B and C in New South Wales prisons: prevalence and risk factors. *Med J Aust*, v. 166, p. 127-130, 1997.
- CANAZARO, D.; ARGIMON, I. I. L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1323-1333, 2010. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700011>>.
- CARVALHO, Márcia Lazaro de; et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-471, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232006000200023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000200023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jul. 2016.
- CHRISTIE N. *A indústria do controle do crime: a caminho dos GULAGs em estilo ocidental*. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

- DARA, M.; GRZEMSKA, M.; KIMERLING, M. E.; REYES, H.; ZAGORSKIY, A. *Guidelines for control of tuberculosis in prisons*. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance and International Committee of the Red Cross. 2009. Disponível em: <[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADP462.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2016.
- De COCK, K. M.; SORO, B.; COULIBALY I. M.; LUCAS, S. B. Tuberculosis and HIV infection in sub-Saharan Africa. *JAMA*, v. 268, p. 1581-1587, 1992. <<http://dx.doi.org/10.1001/jama.1992.03490120095035>>.
- DIUANA, V.; LHUILIER, D.; SÁNCHEZ, A. R.; AMADO, G.; ARAÚJO, L.; DUARTE, A. M. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 24, p. 1887-1896, 2008. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800017>>.
- DOTTA-PANICHI, R. M. *The right to health: women in prison and mental health*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2014.
- FIGLIARO, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estud. CEBRAP*, v. 92, p. 9-21, 2012.
- FRINHANI, F. M. D. *Mulheres aprisionadas: representando o universo prisional*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.
- GOIS, Swyanne Macêdo et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1235-1246, May 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S141381232012000500017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S141381232012000500017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jul. 2016.
- GUEDES, M. A. Intervenções psicossociais no sistema carcerário feminino. *Psicol. Ciên. Prof.*, v. 26, p. 558-569, 2006. Disponível em: <[http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2015.
- INTERNATIONAL CENTER for Prisons Studies, King's College London. *World prisons brief*. Disponível em: <<http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief/>>. Acesso em: 02 nov. 2014.
- MASSAD, E.; ROZMAN, M.; AZEVEDO, R. S.; SILVEIRA, A. S.; TAKEY K., YAMAMOTO, Y. I. et al. Seroprevalence of HIV, HCV and syphilis in Brazilian prisoners: preponderance of parenteral transmission. *Eur J Epidemiol*, v. 15, p. 439-445, 1999. <<http://dx.doi.org/10.1023/A:1007523027876>>.
- MENEZES, W. F. Violência, punição e os dilemas da ressocialização: uma análise do sistema penitenciário do estado de São Paulo. *Rev Laborat Estuda Violênc UNESP*, v. 8, p. 39-66, 2011.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos* – de 10 de dezembro de 1948 (Paris). Rio de Janeiro: Forense; 1998. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2014.
- PECHANSKY, Flavio et al. Fatores de risco para transmissão do HIV em usuários de drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1651-1660, dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2004000600024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000600024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jul. 2016.
- BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (Org.). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.
- RIO GRANDE DO SUL. *Resolução CIB/RS nº 054/2010*. Aprova a alteração do Incentivo Financeiro Estadual para Implementação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio Grande do Sul (CIB/RS), 2010. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1282670183410Resolucao%20CIB-RS%20054-2010.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. *Resolução CIB/RS nº 101/2006*. Aprova a criação do Incentivo Financeiro Estadual complementar ao Incentivo Federal para a Implementação, na adesão de municípios, de Equipes Municipais de Saúde Prisional nas unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio Grande do Sul (CIB/RS), 2006. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340816865\\_cibr101\\_06.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340816865_cibr101_06.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. *Resolução CIB/RS nº 177/2005*. Aprova o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio Grande do Sul (CIB/RS), 2005.
- \_\_\_\_\_. *Resolução CIB/RS nº 257/2011*. Aprova a alteração do Incentivo Estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio Grande do Sul (CIB/RS), 2011. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338407229\\_Resolucao%20CIB%20257%202011.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338407229_Resolucao%20CIB%20257%202011.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. Nota técnica referente ao anúncio de projeto de construção de presídio para tratamento de dependentes químicos realizado pela Secretaria de Segurança Pública. Audiência Pública da Procuradoria da República no Rio Grande do Sul sobre a construção de presídios para dependentes químicos. 2012a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. Presídio Central é premiado por eficiência no tratamento da tuberculose (30 mar. 2016). Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/10042/?Pres%C3%ADio\\_Central\\_%C3%A9\\_premiado\\_por\\_etic%C3%Aancia\\_no\\_tratamento\\_da\\_tuberculose](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/10042/?Pres%C3%ADio_Central_%C3%A9_premiado_por_etic%C3%Aancia_no_tratamento_da_tuberculose)>. Acesso em: 01 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. Governo promove capacitação de servidores para teste rápido de HIV no sistema prisional (03 maio 2012). Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/6009/?Governo\\_promove\\_capacita%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_servidores\\_para\\_teste\\_r%C3%A1pido\\_de\\_HIV\\_no\\_sistema\\_prisional](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/6009/?Governo_promove_capacita%C3%A7%C3%A3o_de_servidores_para_teste_r%C3%A1pido_de_HIV_no_sistema_prisional)>. Acesso em: 01 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/428/?Sa%C3%BAde\\_Prisional](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/428/?Sa%C3%BAde_Prisional)>. Acesso em: 01 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. *Superintendência dos Assuntos Previdenciários*. 2014. Disponível em: <[http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod\\_menu=29](http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=29)>. Acesso em: 19 dez. 2014.

SOARES, B. M.; ILGENFRITZ, I. *Prisioneiras: vida e violência atrás das grades*. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

TAVARES, G. M.; MENEANDRO, P. R. M. Atestado de exclusão com firma reconhecida: o sofrimento do presidiário brasileiro. *Psicol. Ciên. Prof.*, v. 24, p. 86-99, 2004. <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932004000200010>>.

TRINDADE, Claudia Moraes. Doenças, alimentação e resistência na penitenciária da Bahia, 1861-1865. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1073-1093, out./dez. 2011.

VAZ, R. G.; GLOYD S.; TRINDADE, R. The effects of peer education on STD and Aids knowledge among prisoners in Mozambique. *Int J STD AIDS*, v. 7, p. 51-54, 1996. <<http://dx.doi.org/10.1258/0956462961917069>>.

VELHO, V. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: VELHO, V.; ALVITO, M. (Orgs.). *Cidadania e violência*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora FGV, 2000. p. 11-25.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Interventions to address HIV in prisons: Needle and syringe programmes and decontamination strategies*. Geneva, 2007.

ZALUAR, A. A globalização do crime e os limites da explicação local. In: VELHO, V, ALVITO, M. (Orgs.). *Cidadania e violência*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora FGV, 2000. p. 49-69.

Recebido em: 25/11/2015

Aprovado em: 24/07/2016