

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP): UMA ANÁLISE DO SEU PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO NO CONTEXTO ATUAL DO SISTEMA PRISIONAL PARANAENSE

Aglaé Martins Melgaço¹
Renata Himovski Torres²

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), embora recente, é considerada inovadora e avançada, centrada no cuidado integral e continuado da população carcerária, que tem as condições de saúde agravadas por fatores de ordem socioeconômica, cultural e comportamental. Não obstante sua importância à promoção da qualidade de vida e dignidade dos presos, a política, desde que foi instituída, vem enfrentando desafios no seu processo de implantação nos diversos municípios brasileiros, inclusive nas unidades do Paraná, objeto do presente trabalho. Objetivou-se, por meio de uma revisão bibliográfica e verificação de dados de monitoramentos oficiais, analisar o processo de adesão, implementação, estruturação e difusão da PNAISP que, dentre outras medidas, inseriu formalmente os detentos no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da presente pesquisa, verificou-se que o Estado do Paraná ainda está muito aquém do ideal em relação à tomada de decisões e soluções hábeis à promoção da saúde dos detentos nos municípios que comportam unidades prisionais. Os desafios atuais da PNAISP concentram-se, a princípio, na busca por uma cobertura assistencial, sob coordenação intersetorial que possa viabilizar, em segundo plano, a redução do número de escoltas policiais, a informatização do sistema por meio da plataforma e-SUS, o aprimoramento da infraestrutura prisional e o fomento à gestão compartilhada. Percebeu-se, outrossim, que a viabilização da saúde dos encarcerados promove igualmente o bem-estar dos agentes de segurança e saúde que atuam no espaço, dos familiares dos presos e evita a disseminação de doenças comuns no ambiente carcerário.

Palavras-chave: Implementação e estruturação; Política Pública de Saúde; Sistema Prisional.

INTRODUÇÃO

A premente urgência do debate prisional no Brasil foi recentemente intensificada pela então presidente do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Cármen Lúcia, que apresentou a nova versão do Banco Nacional de Monitoramento de Presos (BNMP) e com ela os dados

¹Bacharela em Direito pela Universidade Estadual de Maringá (UEM); Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR);

²Graduada em Nutrição; Mestre em Atividade Física e Saúde e Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, todos pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

atualizados da população carcerária. Ressalta-se que no primeiro semestre de 2017, de acordo com os dados do Infopen, o quantitativo de pessoas privadas de liberdade no país era de 726.354, dentro de um cenário com um déficit total de 303.112 mil vagas, perfazendo uma taxa de ocupação dos presídios brasileiros de 171,62% (BRASIL, 2014). Essa evolução numérica traz à tona não somente a discussão sobre a expressividade do aumento da criminalidade no Brasil aliada ao recrudescimento das políticas de encarceramento, mas também a desproporcionalidade em relação à oferta de vagas, que resulta na superlotação prisional, difusão de espaços físicos inadequados, falta de estrutura e fiscalização, além de assistência médica e jurídica precárias.

Os contornos da insalubridade e da ausência de vagas intensificam a “crise humanitária” e materializam um “Estado de Coisas Inconstitucionais”. No ano de 2014, com vistas a suplantar o constante afronte e a negação da garantia do cumprimento de direitos e prerrogativas dos indivíduos privados de liberdade e fomentar transformações do ambiente prisional, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Nesse sentido, a PNAISP chega no cenário nacional com o intuito de minimizar problemas oriundos da precária saúde do sistema prisional, prevenir danos e agravos, estimular a promoção da saúde entre os presos e aqueles que orbitam os espaços prisionais. Não obstante isso, tem-se que parcela inexpressiva dos municípios brasileiros, incluindo os do estado do Paraná, aderiram à política, cuja habilitação pelos entes federados é facultativa. Essa condição, aliada à falta de interesse dos agentes públicos, tem obstaculizado a implementação e efetividade da política no âmbito nacional.

Assim, o presente trabalho tem por escopo analisar a evolução da atenção à saúde no sistema prisional e as ações planejadas pelos entes públicos para a materialização e prestação dos serviços correlatos ao setor a partir do processo de implementação da PNAISP.

Para a realização de tal análise, o presente trabalho está dividido em três seções principais, as quais destinam-se a discutir, respectivamente, os aspectos da política e o processo da sua formação, a atual conjuntura da sua implementação no cenário nacional e, por fim, o reflexo da sua adesão pelos municípios paranaenses dentre os

quais se constatou a existência de problemas de comunicação, visibilidade e transparência das decisões.

Analisar-se-á, nas discussões, que a adoção de um planejamento sanitário efetivo pela gestão pública projeta-se para além dos muros dos estabelecimentos prisionais e consagra-se, sobretudo, na consolidação de pressupostos de ressocialização e reintegração do preso à sociedade, não se olvidando o suporte sanitário para tal finalidade.

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE (PNAISP)

A assistência à saúde é um dos fatores básicos e elementares à manutenção da vida e ao estabelecimento do bem-estar físico e mental do indivíduo, de modo que está prevista na Constituição Federal como direito de todos e dever do Estado³. Reconhecendo isso e como forma de atender aos preceitos fundamentais, a Lei de Execução Penal, Lei nº 7.210/1984, em seu art. 14⁴, faz referência à saúde do detento, incluindo ainda, como beneficiária, a mulher gestante e a puérpera.

Nesse sentido, à primeira tentativa de organização da saúde penitenciária no Brasil deu-se a denominação de Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, enquanto política intersetorial que contou com a coordenação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Justiça. O plano foi instituído no primeiro ano do primeiro mandato do governo Lula, mesmo ano em que ocorreu a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

O propósito da instituição do plano era o de “contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira”,

³ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁴Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

§ 1º (Vetado).

§ 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

§ 3º Será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido.

cujo enfoque, segundo o texto da Portaria, seriam os procedimentos de promoção e prevenção de agravos, em plena consonância com os objetivos do próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

O plano, contudo, apresentava uma cobertura restrita, eis que os atendimentos médicos eram destinados apenas aos presos condenados, que cumpriam pena em presídios e não aos provisórios. Além disso, transcorridos 10 anos de seu lançamento, o que ocorreu no ano de 2013, as ações assistenciais realizadas nas unidades prisionais cobriam apenas cerca de 30% da população carcerária, segundo o Ministério da Justiça (BRASIL, 2014), porcentagem muito aquém do esperado, levando-se em consideração a aderência de todos os estados e do Distrito Federal ao plano que era de caráter obrigatório.

Por conseguinte, em razão da ineficiência do PNSSP e da sucessão de eventos políticos, foi instituída, pela Portaria Interministerial nº 1, de 3 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), cujo objetivo inicial foi ampliar as ações de saúde para a população privada de liberdade, sendo entendida cada Unidade Básica de Saúde Prisional como um ponto da Rede de Atenção à Saúde de responsabilidade do SUS. Os beneficiários da PNAISP foram ampliados, em comparação à medida anterior, e passaram a compreender as pessoas privadas de liberdade (provisórias ou condenadas), sob custódia do sistema prisional ou em medida de segurança (inimputáveis).

Imperioso destacar que, além dos presos, outros atores, formais e informais, estão previstos pela PNAISP, a saber: Equipes de Atenção Básica das Unidades Básicas de Saúde; Equipes de Saúde no Sistema Prisional; Ministérios da Saúde e da Justiça; Estados, Municípios e Distrito Federal; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional de Justiça; Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Tais atores estão todos identificados na Portaria retromencionada e constituem uma arena heterogênea, desarmônica, intersetorial e suscetível a diversos conflitos.

Tendo esses aspectos em consideração, apresentar-se-á brevemente, a seguir, o ciclo da PNAISP desde a sua formulação até a implementação, com destaque para esta última etapa nos tópicos subsequentes.

CICLO DA PNAISP

O ciclo da PNAISP tem início no ano de 2011, quando na 14ª Conferência Nacional de Saúde várias propostas foram aprovadas e encaminhadas ao Ministério da Saúde, incluindo a implantação de uma Política Nacional e Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário que garantisse o acesso destas pessoas ao SUS e ratificasse os princípios de universalidade, integralidade e equidade desse sistema (BRASIL, 2014).

No ano de 2013, houve a publicação da Portaria Interministerial nº 1.679, dos Ministério da Saúde/Ministério da Justiça/Ministério do Desenvolvimento/Secretaria Nacional de Direitos Humanos/Secretaria Nacional da Mulher/Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, que instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial para a elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional (GTI/SISPE) e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional (BRASIL, 2013), bem como a participação do Programa de Direito Sanitário da Fiocruz-Brasília (DOMINGUES, 2012).

Ressalta-se que esse contexto implicou no reconhecimento dos movimentos sociais e da sociedade civil como corresponsáveis pela garantia de saúde no sistema prisional. Vale dizer que o caráter interdisciplinar e transinstitucional da política possuía íntima relação com o cenário político, eis que a agenda do governo estava inegavelmente atrelada às lutas pela garantia de direitos humanos.

Os atores responsáveis pela articulação, elaboração e publicação da PNAISP mantinham alinhamento com instituições supranacionais, como as Organizações das Nações Unidas (ONU) e Organizações dos Estados Americanos (OEA), cujas propostas de políticas públicas, no ano de 2014, estavam voltadas à garantia dos direitos humanos.

Houve, por parte da equipe técnica responsável pela redação e sistematização da PNAISP, um esforço no sentido de tê-la aprovada e publicada em período limítrofe, ante a iminente possibilidade de renovação da gestão executiva, no âmbito federal, e a consequente mudança da administração dos ministérios com a aproximação do pleito eleitoral. A evidência de tal constatação está na data de publicação da PNAISP

que, como mencionado anteriormente, ocorreu em 2 de janeiro de 2014, último ano do primeiro mandato da então Presidente da República, Dilma Rousseff.

Vale considerar que no período da instituição da Portaria Interministerial nº 1.679/2013, o Brasil estava inserido em um contexto de intensas manifestações populares, originadas do Movimento Passe Livre (MPL), em prol do não aumento das tarifas de transporte público. Essa pauta foi ampliada e as reivindicações começaram também a focar nos elevados gastos públicos para a realização da Copa do Mundo de 2014, na corrupção, na luta por serviços públicos de qualidade, dentre outros motivos (ROMÃO, 2013).

A partir da publicação da Portaria, foi concedido ao GTI/SISPE um prazo de 180 dias para a conclusão e a apresentação da proposta da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional aos Ministros de Estado da Saúde, da Justiça e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e às Ministras de Estado, Chefes da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (BRASIL, 2013).

Não obstante a PNAISP tenha sido publicada em janeiro de 2014, outras portarias foram editadas posteriormente com o intuito de melhor regulamentar os vácuos normativos. A primeira delas, a Portaria nº 94, instituída poucos dias depois, em 14 de janeiro de 2014, teve como propósito dispor sobre o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do SUS. As competências dos atores, inclusive dos entes federativos, também estão previstas na Portaria que estabelece a PNAISP.

Além dela, no dia 1º de abril de 2014, a Portaria nº 482 instituiu as normas para a operacionalização da PNAISP no âmbito do SUS e estabeleceu que as unidades prisionais deveriam ofertar os serviços de atenção básica à medida que os demais serviços deveriam ser prestados pela rede de atenção à saúde. Destacou, ainda, o atendimento por equipes multiprofissionais e normatizou as equipes de atenção básica prisional, definindo-as em: tipo I (até 100 custodiados), tipo II (101 até 500 custodiados) e tipo III (501 até 1.200 custodiados), sendo que todas elas poderiam contar com equipe de saúde mental. Para unidades com atendimentos acima de 1.200 pessoas, a equipe tipo III seria acrescida de profissionais de acordo com o número de custodiados (BRASIL, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, as equipes de Atenção Básica Prisional (ABP) são equipes multiprofissionais, com foco na garantia do acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade. Essas equipes realizam atividades no interior das Unidades Prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde do território onde estiverem vinculadas.

Por fim, a Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014, dispôs sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP.

A PNAISP, hoje, está assentada na confluência dos segmentos do executivo, legislativo, judiciário e membros Ministério Público, os quais são responsáveis, no âmbito de suas atuações, por planejar, executar e fiscalizar as políticas de saúde e segurança pública. Entretanto, não obstante tal atuação, a implementação da política tem enfrentado alguns desafios, os quais serão abordados a seguir.

IMPLEMENTAÇÃO E DESAFIOS DA POLÍTICA NO SISTEMA PRISIONAL

Primeiramente, com o propósito de assegurar a assistência à saúde dos detentos de modo integral e contemplar a totalidade do itinerário carcerário, a PNAISP, até o presente momento, foi aderida por 23 estados e 232 municípios. Esse dado foi divulgado após a publicação da Portaria 2.300, de 3 de julho de 2018, documento mais recente de habilitação dos entes federativos (BRASIL, 2018).

Importante ressaltar que a adesão à PNAISP pelos estados é facultativa, razão pela qual apenas 258 equipes de saúde foram implantadas no sistema prisional até dezembro de 2018, de acordo com dados da Controladoria-Geral da União. Consta que o planejamento do Ministério da Saúde era de que a cobertura, até 2017, fosse de 75%, contudo, as habilitações ainda estão muito aquém do pretendido, já que existem, aproximadamente, 1.478 unidades prisionais no país (VEIGA, 2017).

Ainda, segundo dados da CGU, em 2018, havia sobreposição das responsabilidades pela prestação da atenção básica de saúde prisional, existindo habilitação de equipes que concorrem tanto no âmbito dos estados quanto dos municípios. Tal disposição está em contrariedade ao que foi proposto na PNAISP e na política de atenção básica do SUS, a qual teria atribuído a habilitação de equipes de atenção básica somente no âmbito municipal.

Essa situação é decorrente de uma questão histórica de composição das equipes pelas Secretarias de Administração Penitenciária ou congênere e da diretriz de “intersectorialidade para a gestão integrada e racional”, prevista no inciso V, do art. 4º, da Portaria nº 1/2014. A referida sobreposição de competência, segundo a Unidade, possibilita que, em certas ocasiões, estes entes federativos não assumam a devida responsabilidade sobre a execução das ações de saúde. Contudo, a adesão à PNAISP, por ser facultativa, não responsabiliza de fato os municípios.

Além disso, o art. 3º, §§9º e 10, da Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, dispõe que os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município. Entretanto, alguns normativos demonstram que a PNAISP não prevê a exclusividade da gestão e a assistência dos serviços de saúde prisional pelo município. O art. 3º, §11, da Portaria nº 1/2014, por exemplo, dispõe que “Para a constituição de serviços de saúde que referenciam unidades prisionais com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade, a gestão e a assistência à saúde serão preferencialmente dos Municípios”.

A PNAISP dispõe que pode ocorrer a adesão estadual ao PNAISP, sem a participação municipal, sendo esta apenas de caráter facultativo. Além disso, as Portarias nº 482/2014 e nº 305, de 10 de abril de 2014, permitem a habilitação de equipes pelos estados, conforme as orientações constantes no próprio portal do Ministério da Saúde.

Infere-se, portanto, que as normativas indicam a possibilidade de habilitação das equipes pelos estados e municípios, e demonstram a sobreposição de competências. Os riscos dessa sobreposição criaram uma lacuna de atuação de diferentes atores, sendo que, ao serem somadas as dificuldades enfrentadas pelos diferentes *Frames* em relação ao assunto, a implantação da PNAISP vem perdendo força nos estados e municípios.

No âmbito da burocracia, a implantação da PNAISP ocorre por meio da pactuação entre estados e Distrito Federal com a União, sendo posteriormente assinado um Termo de Adesão e elaborado um Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, com encaminhamento da documentação ao Ministério da Saúde para subseqüente aprovação. Destaca-se, nesse contexto, o disposto no artigo 14 da PNAISP, segundo o qual a adesão municipal será facultativa, bem como estará assegurada aos municípios que aderem à PNAISP aplicação de um

índice para complementação dos valores a serem repassados pela União, como forma de incentivo pecuniário.

IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISP NO PARANÁ

No Estado do Paraná, as equipes de saúde prisional são ligadas administrativamente ao Departamento Penitenciário da Secretaria de Estado da Segurança Pública, compostas por servidores estatutários dispostos em 33 Unidades Penais do Estado. Nenhuma Unidade Penal do Paraná possui equipes de saúde completa, fato que impossibilitou a solicitação da pactuação estadual da equipe no contexto da PNAISP e o consequente investimento de recurso federal. Especificamente nas carceragens e Delegacias, não há lotação de nenhum integrante de equipe de saúde.

A pactuação da PNAISP no Estado do Paraná estava, inicialmente, sedimentada na Portaria nº 2.275, de 2014, do Gabinete do Ministério da Saúde, sendo publicada, na sequência, por meio da Resolução nº 14, de 2014, com a instituição de um grupo condutor da polícia no Estado.

Salienta-se que a primeira formação do Grupo Condutor em 2014 era composta por representante da área técnica da Secretaria de Estado da Saúde e por Diretores, Vice-Diretores e Assistentes de Gabinetes do Departamento Penitenciário e não havia em sua composição servidores da área da saúde do Departamento. Posteriormente, no ano de 2015, foi publicada nova Resolução com a recomposição do Grupo Condutor, sendo incluídos representantes das equipes de saúde (uma médica, uma enfermeira, uma farmacêutica) e três agentes penitenciários em substituição aos Assistentes de Gabinetes do Departamento Penitenciário.

A seguir, serão apresentados alguns dados acerca da pactuação da PNAISP no Paraná, provenientes da Secretaria Estadual da Saúde e referentes ao ano de 2018, atualização mais recente.

Ressalta-se que, desde então, não foram realizadas novas pactuações da política no Estado, podendo-se dizer que esta já encontrou o ápice e não estimula mais mudanças significativas no âmbito dos estados, em que sua execução se encontra limitada e pouca efetiva. Além disso, as informações são no sentido de que, atualmente, a PNAISP está sendo rediscutida por um grupo técnico do Governo

Federal, cuja pretensão é reformular a sua aplicação e abrangência, de modo que futuramente poderá tomar outras formas que, alheias à garantia de direitos, torne-se mais atrativa à gestão.

De acordo com a Tabela 1, que traz uma descrição dos dados atinentes ao estado do Paraná, fica evidenciada que a PNAISP atinge diretamente 5,29% dos presos custodiados do Estado do Paraná.

Tabela 1 – Descrição dados do Estado do Paraná

Número de presos	Quantidade
Total de custodiados no Paraná	26.765
Presos atendidos pela PNAISP	1.418
Percentual de Absorção Demanda	5,29%
Total de Unidades Prisionais	67
Unidades Pactuadas pela PNAISP	7
Percentual de Unidades que pactuaram	10,44%

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018.

Segundo a Tabela 2, o Paraná teria potencial para ter 67 equipes pactuadas, sendo 15 equipes tipo I, 34 equipes tipo II e 18 equipes tipo III.

Tabela 2 – Potencial X Implantação da PNAISP no Estado do Paraná

	DEMANDA	COBERTURA	% IMPLANTAÇÃO
Equipe I (até 100 custodiados)	15	3	20%
Equipe tipo II (101 até 500 custodiados)	34	3	8,82%
Equipe tipo III (501 até 1.200 custodiados)	18	1	5,5%
TOTAL	67	7	10,4%

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018.

Em relação à Tabela 3, dos sete municípios habilitados, quatro contemplam Carceragens (Equipe Tipo I). Apenas o município de Cascavel pactuou uma equipe tipo 2 e somente o município de Cruzeiro do Oeste pactuou uma equipe tipo 3.

A tabela mostra, ainda, os municípios que pactuaram a política no estado do Paraná, a população carcerária que abarca e os tipos de equipe que mantêm.

Tabela 3 – Municípios pactuados na PNAISP pelo Ministério da Saúde

	Município	População	
1	Cascavel	155	Equipe tipo II
2	Catanduvas	21	Equipe tipo I
3	Cruzeiro do Oeste	997	Equipe tipo III
4	Ivaiporã	146	Equipe tipo II
5	Prudentópolis	33	Equipe tipo I
6	Santo Antônio do Sudoeste	24	Equipe tipo I
7	São João do Ivaí	42	Equipe tipo I
Total		1,418	

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018.

DISCUSSÃO

Considerando as poucas equipes habilitadas no Paraná, o Fundo Nacional de Saúde (FUNASA-MS) converte mensalmente R\$ 178.088,93 aos Fundos Municipais de Saúde habilitados, traduzindo-se em um investimento anual de R\$ 2.137.067,16.

A partir da análise dos dados, possibilidades de difusão e ampliação da implementação da PNAISP, pode-se inferir que o Estado do Paraná teria capacidade de captação de R\$ 33.707.204,04 do Funasa, para complementar os custos com saúde na atenção básica de seus municípios, conforme descrição na Tabela 4.

Tabela 4 – Projeção de Investimento PNAISP em relação às equipes a serem habilitadas

Tipo Equipe	Demanda	Funasa - MS	Funsaude - Sesa PR	Incentivo MS	Incentivo PR	TOTAL
EABP I	15	R\$ 5,580.08	R\$ 1,116.02	R\$ 83,701.20	R\$ 16,740.24	R\$ 100,441.44
EABP II	34	R\$ 43,236.30	R\$ 8,647.26	R\$ 1,470,034.20	R\$ 294,006.84	R\$ 1,764,041.04
EABP III	18	R\$ 51,969.45	R\$ 10,393.89	R\$ 935,450.10	R\$ 187,090.02	R\$ 1,122,540.12
Investimento mensal União + Estado						R\$ 2,987,022.60
Anual investimento União + Estado						R\$ 35,844,271.20

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018.

Durante as pesquisas realizadas para a elaboração desse estudo, extraíram-se alguns apontamentos que contribuiriam para melhor compreensão e observação das dificuldades de implantação PNAISP no Paraná, tais como a ausência de

pactuação de municípios da Região Metropolitana de Curitiba e de coalizões mais fortes na política do interior do Estado.

Em nenhum dos municípios há mais de uma equipe habilitada, restando claro o carácter semiexperimental dessa pactuação, como o caso da cidade de Cascavel, que tem grande demanda no sistema prisional. Mesmo com grupos de pressão, como os Conselhos Municipais de Saúde, tensionando o Poder Executivo Municipal a ponto de obrigar a pactuação, não houve ampliação e difusão do trabalho.

Conforme disposto anteriormente, aos municípios que aderem à PNAISP estará assegurada a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União, como forma de incentivo. Porém, no estado do Paraná, esse índice de complementação somente foi regulado pela Resolução n. 335, da Secretaria de Estado da Saúde, no ano de 2017, ou seja, após três anos da publicação da PNAISP, o que evidencia a total falta de interesse da gestão do Poder Executivo Estadual em priorizá-la.

O município de Catanduvas, por possuir uma Unidade Penitenciária Federal, teve sua pactuação negociada em meados de 2014 entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, o que torna evidente a diferença de forças na pactuação entre Estado-Município e União-Município.

Em um trabalho de 2015, que analisou o processo de implantação da PNAISP no estado do Rio Grande do Sul, verificou-se que o avanço da assistência à saúde no sistema prisional tem se dado de forma lenta e desproporcional. O autor atribuiu essa condição ao fato de adesão à PNAISP ser facultativa e por não se vislumbrar um benefício efetivo. Diante do sucateamento e da deterioração dos espaços prisionais, o valor do incentivo repassado à saúde no Sistema Prisional mostra-se irrisório, não estimulando a adesão dos estados e municípios (FERRAZ, 2015).

A difusão da PNAISP no Paraná restringiu-se a reuniões técnicas dos representantes dos Grupos Condutores, reuniões com tratativas negociadas sempre pelos não tomadores de decisão. No Paraná, a pauta não virou uma *agenda-setting*, exemplo contrário do estado da Bahia que, por meio do *site* do Governo do Estado, tornou visíveis a reunião na sede do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde e o 3º Encontro do Grupo Condutor Estadual com os gestores municipais de Saúde com Unidades Prisionais, encontro esse que possibilitou a articulação entre diversos atores (BAHIA, 2013).

Verifica-se, portanto, que a composição do grupo Condutor mostrou-se um ponto crítico à implantação da PNAISP, uma vez que ora possuía composição apenas por atores políticos, ora detinha composição técnica-burocrata, sem interlocução e capilaridade política no Estado. Nesse caso, uma composição híbrida (burocratas + políticos) poderia ter alcançado resultados diferentes ao longo dos cinco anos de vida da PNAISP.

O fenômeno da não tomada de decisão e seu impacto da mobilização do viés sobre uma questão latente explica a motivação pela qual normativas, pactos e resoluções publicadas em prol da garantia da saúde prisional não foram inseridas na agenda pública estadual. Nesse ponto, evidencia-se o próprio conflito entre os valores e curso de ação entre atores governamentais e não governamentais. A não tomada de decisão é considerada suficiente para que esta questão latente não se transforme em uma questão de decisão (BACHRACH; BARATZ, 1963).

A manutenção da questão fora da agenda é exercida por meio de negação de um problema, descrédito na própria questão. Ressalta-se que o governo, deliberadamente, não expande agenda para não fomentar o debate (CAPELA, 2016).

Conforme discutido ao longo desse trabalho, o ciclo da PNAISP iniciou-se com um trabalho de articulação interinstitucional, envolvendo uma série de instituições, diferentes atores e arenas de conflito. Entretanto, ao acompanhar os estágios da implantação, desde 2014 a 2019, tornou-se evidente que a absorção da área técnica de Saúde Prisional pela Diretoria da Atenção Básica do Ministério da Saúde pode ter sido um fator limitante para a ampliação dos resultados de pactuação, principalmente, ao considerarmos que somente 17% dos municípios foram pactuados no Brasil. As frequentes mudanças das equipes no Ministério da Saúde podem ter contribuído para a fragilização e desarticulação dos atores estaduais junto aos atores federais. A descontinuidade das equipes responsáveis pela orientação e difusão da PNAISP no Ministério da Saúde, bem como dos trabalhos legitimados pelas normativas e resoluções expostas, demonstrou fundamental importância no modelo de gestão da PNAISP no Paraná. Desde a publicação da PNAISP, não há registros de reuniões oficiais no Estado entre Poder Executivo Estadual e Ministério da Saúde para tratar da implementação da PNAISP.

A exclusão da saúde prisional da pauta da agenda governamental é real e simbolicamente uma não tomada de decisão. A tomada de decisão garantidora de

direitos em saúde no sistema prisional transfigurar-se-ia em um ato de grande visibilidade e simbolismo, e de legitimação da luta pelos direitos. Segundo dados observados e discutidos, corrobora-se que o grupo que possui mais recursos tem sua voz amplificada.

DESTINAÇÃO DOS RECURSOS

Tendo por base o montante dos recursos públicos que o ente federado pode captar a partir da implementação da PNAISP, conforme análise anterior, algumas medidas poderiam ser viabilizadas para aprimorar não só o sistema carcerário, como também o setor sanitário como um todo.

A dimensão da destinação desse aporte financeiro é ampla e abrange desde a reforma e adequação de imóveis já existentes, até contratação de novos funcionários, aquisição de material de consumo e insumos, contratação de serviços especializados e de consultoria, manutenção da estrutura já existente e elaboração e publicação de materiais educativos provisórios e permanentes.

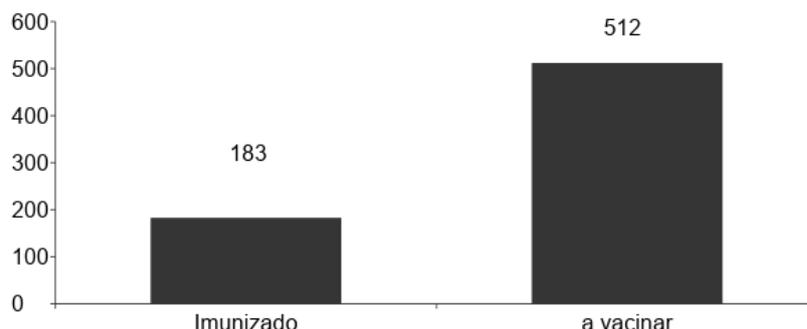
Não bastasse isso, a contribuição é ainda mais significativa se verificada a destinação à erradicação de enfermidades, como hepatite, hanseníase e tuberculose, cuja prevalência é maior no sistema penitenciário.

Especificamente em relação à hanseníase, enquanto a prevalência da doença no estado do Paraná é de 0,95 para cada 10.000 habitantes, no sistema prisional paraense é de 2 para 247 presos (SILVA, 2019).

No mesmo sentido, em 2014 (ano de vigência da Política), foram notificados no Brasil 68.467 casos novos de tuberculose na população geral, um coeficiente de incidência de 33,8 casos de tuberculose a cada 100 mil habitantes. Na população prisional, por outro lado, foram registrados 4.697 casos novos de tuberculose, com coeficiente de incidência de 810,6 casos a cada 100 mil pessoas desta população, ou seja, uma proporção 23 vezes maior que na população geral.

A incidência de casos de hepatite B e C entre os detentos no Estado do Paraná chega a 2,7% do total, com maior ocorrência entre os homens acima de 30 anos de idade, usuários de drogas e reincidentes (COELHO, 2009). Somado a isso, a falta de imunização da grande parte dos presos é outra questão a ser analisada. Vejamos:

Figura 1 – Distribuição de presos imunizados hepatite B e não imunizados na população carcerária nas penitenciárias da Região Metropolitana de Curitiba (n=765)



Fonte: “Prevalência de HIV e Hepatites virais na população prisional do Paraná” - Relatório Final do Convênio Federal entre o Ministério da Saúde e a UNIOESTE - Edital 18 de 2013

Tem-se, portanto, que o percentual de presos sem imunização para hepatite B é de cerca de 66,9% no Paraná.

Destaca-se, ainda, que tanto a tuberculose como a hanseníase são altamente contagiosas e a transmissão pode facilmente ocorrer por meio do contato físico, o que aumenta consideravelmente os riscos para a saúde dos profissionais que lidam diretamente com os encarcerados e também dos familiares que realizam as visitas com frequência.

Sendo assim, a alocação de recursos para o sistema penitenciário por meio da proposta pretendida pela PNAISP, além de garantir os direitos fundamentais dos encarcerados, previstos na Constituição Federal e na Lei de Execução Penal, também configura meio de prevenção de disseminação dos agravos para os indivíduos cuja convivência com as unidades prisionais é estreita.

CONCLUSÃO

Considerando a complexidade do tema, o presente trabalho não pretendeu esgotá-lo, tampouco propôs-se a abarcar todas as nuances que envolvem a questão da implementação da PNAISP no contexto paranaense, já que, para a sua compreensão satisfatória, faz-se necessária análise minuciosa e individualizada do ente federado, das arenas e dos atores envolvidos.

Percebeu-se que o processo de reforma sanitária no ambiente prisional ultrapassa a promulgação de normativas, de mudanças políticas e de reestruturação do serviço de saúde, sendo um processo político e social complexo, que envolve cultura, práticas, saberes e se materializa na prática cotidiana da comunidade, no intuito de provocar mudanças ideológicas e práticas na atenção à saúde dos indivíduos privados de liberdade. O manejo de ações de saúde nas unidades prisionais não é uma questão a ser ajustada tão somente pelas equipes profissionais atuantes nesse cenário, mas, principalmente, pelos atores político-administrativos que viabilizem a sua promoção.

Por outro lado, a implementação da PNAISP é ainda recente e encontra-se em processo de estruturação e de adesão dos diversos municípios de todo o território brasileiro, incluindo os paranaenses.

Evidencia-se que a não inclusão das demandas desse público na agenda governamental maximiza os já evidenciados problemas oriundos da precária saúde dos indivíduos privados de liberdade à medida que a tomada de decisão garantidora de direitos reveste o sistema prisional de medidas humanizadoras e adequadas.

Diante das pesquisas dirigidas, destaca-se que o recurso de poder “CONSENSO” não é algo sedimentado no âmbito da PNAISP, ficando conclusivo que o *frame* dos atores tem impactado diretamente na implantação da PNAISP, bem como na difusão e no desenvolvimento da pauta nas arenas formais. O enquadramento que os gestores estaduais estabeleceram em relação ao acesso da população prisional à saúde significou uma ínfima discussão, aquém da necessidade para a interlocução e negociação para a pactuação dos municípios paranaenses.

REFERÊNCIAS

BAHIA. **Encontro discute implantação da política nacional de atenção integral à saúde da pessoa privada de liberdade (PNAISP)**. Secretaria da Saúde do Governo do Estado da Bahia, 2016. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2016/09/23/encontro-discute-implantacao-da-politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-pessoa-privada-de-liberdade-pnaisp/>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BARSAGLINI, Reni Aparecida; KEHRIG, Ruth Terezinha; ARRUDA, Marcia Bomfim de. **Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde**

penitenciária em Mato Grosso, Brasil. Saúde Soc., São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1119-1136, 2015.

BACHRACH, Peter; BARATZ, Morton S. **Decisions and non-decisions:** an analytical framework. American Science Review, 1963.

BATISTA E SILVA, Martinho Braga. **Emergência de uma política, extinção de uma coordenação:** sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2021-2030, jul. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário.** 1. ed. Brasília, DF: SAS, 2010. 172 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1.679, de 12 de agosto de 2013.** Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política de Saúde no Sistema Prisional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 155, Seção 1, p. 44-45, 2013.

BRASIL. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014.** Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em 12 jul 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Portarias de Adesão, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/portaldab/documentos/adesao_a_PNAISP.pdf. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias** (Infopen). 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-tercafeira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. **Agenda-setting policy:** strategies and agenda denial mechanisms, 2016.

COELHO, Harnoldo Colares *et al.* **Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira.** Rev. Bras. Epidemiol., v. 12, n. 2, p. 124-131, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2019.

DITTERICH, Rafael Gomes *et al.* **Política Nacional de Atenção Integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação.** R. Pol. Públ., São Luís, v. 20, n. 1, p. 171-184, jan./jun. 2016.

DOMINGUES, B. **Uma política para garantir o direito à saúde no sistema prisional.** Revista Radis, Rio de Janeiro, n. 118, p. 20-21, 2012.

FERRAZ, Eliane. **PNAISP: uma experiência em serviço social na perspectiva da reintegração social.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

ROMÃO, W. M. **#naovaitercopa: manifestações, Copa do Mundo e as eleições de 2014.** Agenda Política: Revista de Discentes de Ciência Política da UFSCAR, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 152-167, 2013.

SILVA, Martinho. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política Brasília.** Verbena, 2015, p. 117. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401429&lang=pt. Acesso em: 10 jul. 2019.

SILVA, Tânia Maria Pazin Marques *et al.* **Characteristics associated with anti-HCV serological markers in prisoners in the state of Paraná, Brazil: a case-control study.** *Braz J Infect Dis.*, v. 23, n. 3, p. 173-181. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702019000300173&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2019.

VEIGA, Alessa Pagan. **Presos têm direito à saúde, pois fazem parte da sociedade.** Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-ago-01/tribuna-defensoria-presos-direito-saude-pois-fazem-parte-sociedade>. Acesso em: 15 jun. 2019.