

Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade

National comprehensive healthcare policy for people deprived of liberty: the challenge of integrality

Mayara Lima Barbosa¹ , Suely Deysny de Matos Celino¹ , Lannuzya Veríssimo Oliveira² , Gabriela Maria Cavalcanti Costa³ 

¹Centro Universitário Unifacisa - Campina Grande (PB), Brasil.

²Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.

³Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campina Grande (PB), Brasil.

Como citar: Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV, Costa GMC. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. Cad Saúde Colet, 2022; 30(4) 517-524. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040603>

Resumo

Introdução: No Brasil, apesar da legislação vigente garantir a assistência à saúde para Pessoas Privadas de Liberdade, o cenário prisional é considerado um problema de saúde pública. **Objetivo:** Compreender os desafios para garantia da integralidade no contexto da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. **Método:** Estudo qualitativo realizado com 75 pessoas privadas de liberdade que cumpriam pena em penitenciárias do estado da Paraíba. A coleta dos dados deu-se via questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. Utilizou-se a Análise de Conteúdo para a interpretação dos dados. **Resultados:** Os participantes eram em sua maioria jovens, oriundos do Estado da Paraíba, casados, católicos, com média de um a três filhos, recebiam a visita de familiares, possuíam ensino fundamental incompleto, renda familiar inferior a um salário mínimo, encontravam-se em regime fechado e eram reincidentes. Após a análise das falas, conformaram-se as categorias: Assistência à saúde e Estrutura física. **Conclusão:** Os desafios para garantia da integralidade no cuidado às PPL no contexto brasileiro remetem às carências estruturais das políticas públicas de saúde, acentuadas no contexto prisional pela desarticulação entre os processos de trabalho da saúde e da justiça, assim como pela fragilidade formativa dos atores envolvidos na assistência à esta clientela.

Palavras-chave: política de saúde; prisioneiros; prisões; integralidade; cuidado.

Abstract

Background: In Brazil, despite the current legislation guaranteeing the health care of Persons Deprived of Liberty, the prison scenario is considered a public health issue. **Objective:** To understand the challenges to guarantee integrality in the context of the National Comprehensive Healthcare Policy for People Deprived of Liberty in the Prison System. **Method:** A qualitative study was carried out with 75 persons deprived of their liberty who were serving sentences in prisons in the state of Paraíba. The collection took place through a sociodemographic questionnaire and semi-structured interview. Content Analysis was carried out. **Results:** The participants were mostly young, from the State of Paraíba, married, Catholics, with an average of one to three children, received visits from family members, with incomplete elementary education, family income below one minimum wage, were in a closed regime and were repeat offenders. After the analysis of the statements, the categories were conformed: Healthcare and Physical structure.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado em seis penitenciárias do estado da Paraíba localizadas nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Guarabira e Santa Rita, Brasil.

Correspondência: Suely Deysny de Matos Celino. E-mail: deysny@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Set. 01, 2019. Aprovado em: Fev. 07, 2021

Conclusion: The challenges to guarantee comprehensive care in the PLP in the Brazilian context refers to the structural deficiencies of public health policies, accentuated in the prison context by the disarticulation between the health and justice work process, as well as the formative fragility of the actors involved in assisting this clientele.

Keywords: health policy; inmate; prisons; integrality; care.

INTRODUÇÃO

A saúde no contexto prisional brasileiro se configura como um problema de saúde pública, seja pela superlotação, carência de insumos, escassas estratégias de ressocialização, ou pelo ciclo de violência que permeia tal cenário¹.

Ademais, as características da população prisional brasileira, formada majoritariamente por homens, jovens, afrodescendentes, com ensino fundamental incompleto, baixo nível socioeconômico, e com histórico tanto de uso abusivo de álcool e outras drogas quanto de inacessibilidade aos serviços de saúde anteriores ao aprisionamento, potencializam as necessidades da assistência à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL)^{2,3}.

É válido ressaltar que, desde 1984, a Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210, apregoa o direito à saúde das PPL no que compete à assistência à saúde em caráter preventivo e curativo, a partir do atendimento médico, farmacêutico e odontológico⁴. Contudo, a LEP não avançou no tocante à operacionalização da assistência à saúde específica para essa população, que permaneceu alvo de ações inadequadas, fragmentadas e desarticuladas⁵.

Em 1988, a Constituição Federal assumiu a saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão, inclusive daqueles em conflito com a lei⁶. Posteriormente, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: universalidade, equidade e integralidade, foram instituídos o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)⁷ e, mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)⁸.

O PNSSP, implementado através da Portaria Interministerial nº 1.777 em setembro de 2003, teve como objetivo promover a atenção integral à população confinada em unidades prisionais masculinas e femininas, inclusive nas psiquiátricas⁷. Destaca-se que a homologação do PNSSP representou um avanço para o país, visto que, pela primeira vez, a população das unidades prisionais foi objeto de ações de saúde específicas⁹. Contudo, após dez anos da sua implementação, apenas 30% (200.000 pessoas) do total de pessoas sob custódia no Brasil eram assistidas por equipes de saúde no sistema prisional³.

Nesse contexto, entre os anos de 2011 e 2014, ocorreu um processo de reestruturação do PNSSP, que culminou com a publicação da Portaria Interministerial de nº 01, de 2 de janeiro de 2014, instituindo a PNAISP no âmbito do SUS, com objetivo de garantir o acesso efetivo e sistemático da população sob custódia do Estado às ações e aos serviços de saúde, com a mobilização de recursos financeiros mais significativos, bem como a alocação de estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais⁸.

A PNAISP tem como diretrizes a integralidade, a intersetorialidade, a descentralização, a hierarquização e a humanização, reconhecendo as unidades prisionais como as “portas de entrada” e o “ponto de atenção” da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

No âmbito prisional, as ações de saúde devem ser realizadas pelas Equipes de Saúde Prisional (ESP), usualmente formadas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista e um técnico ou auxiliar de saúde bucal, podendo ser acrescido um profissional de nível superior (fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia, terapia ocupacional, nutrição ou enfermagem) e/ou uma equipe de saúde mental. Nos casos em que a prisão não tenha uma ESP implantada no local, cabe à Equipe de Saúde da Família responsável pelo território no qual se encontra a unidade prisional prestar assistência às PPL, e redirecionando o paciente para os serviços de média e alta complexidade quando necessário, em consonância com o princípio da integralidade do SUS⁸.

Por integralidade compreende-se o reconhecimento da pessoa como um ser completo, indivisível e integrante de uma comunidade, em que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde são igualmente indivisíveis, não podendo ser compartimentalizadas e

fragmentadas¹⁰. Outrossim, a integralidade busca reorganizar as práticas de saúde, de modo que seja garantido ao usuário dos serviços de saúde um cuidado que perpassa a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação¹¹.

Apesar deste aparato legal, estudos apontam entraves para efetiva implantação e execução da PNAISP, a exemplo da atenção à saúde da população feita sob ótica flexneriana; com escassas ações de promoção da saúde; além de desarticulação entre os setores da justiça e a da saúde^{12,13}.

Mediante o exposto, delineou-se como objetivo do presente estudo compreender os desafios para garantia da integralidade no contexto da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, realizado em seis penitenciárias com unidades de saúde integrada do estado da Paraíba, localizadas nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Guarabira e Santa Rita.

Seguindo a recomendação de Turato¹⁴ para seleção da amostra, os sujeitos da pesquisa foram selecionados dentre as PPL que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: reclusão há 12 meses ou mais; ter utilizado o serviço de saúde mais de duas vezes e possuir prontuário; concordância em participar livre e conscientemente do estudo; tempo disponível para participar da pesquisa; condições físicas, cognitivas e emocionais que possibilitassem estabelecer o nível de comunicação necessário à coleta de dados e desenvolvimento da pesquisa. Dessa forma, considerando todas as penitenciárias participantes, 75 PPL atenderam aos critérios definidos.

Para coleta de dados, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com as PPL, utilizando um instrumento adaptado de Coimbra¹⁵. Por comodidade, todas as entrevistas foram realizadas nos serviços, por ocasião do atendimento das PPL na unidade de saúde, quando possível, em horários individuais, previamente agendados e de comum conveniência.

As falas foram categorizadas para melhor orientar a interpretação segundo a análise de conteúdo, conforme o referencial teórico proposto por Bardin¹⁶. Após as etapas preconizadas pela execução da análise de conteúdo, emergiram as seguintes categorias: Assistência à Saúde e Estrutura Física.

Destaca-se que o estudo seguiu os princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica em seres humanos, preconizados na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, de forma a preservar o caráter voluntário dos participantes e o anonimato dos interlocutores. A pesquisa foi submetida para apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e foi aprovado sob o Parecer nº 3.436.178, CAAE nº 16301319.2.0000.5187.

Para resguardar os direitos de sigilo e o anonimato dos sujeitos foi adotado um sistema de identificação por códigos, sendo os municípios identificados pelas letras gregas (α , β , γ , δ), e as penitenciárias, quando localizadas no mesmo município, foram diferenciadas pelos algarismos romanos (I e II), seguidos pela letra "A" e o número arábico correspondente à ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

A idade dos participantes da pesquisa variou entre 19 e 64 anos, com predominância de adultos jovens na faixa-etária de 20 a 29 anos (n=35; 46,6%). Eram, majoritariamente, oriundos do Estado da Paraíba (n=54; 72%), casados (n= 39; 52%), católicos (n=33; 44%) com média de um a três filhos (n=38; 50,7%) e 78 (90,6%) recebiam visita de suas companheiras, mães e/ou filhos.

A maioria possuía ensino fundamental incompleto (n=42; 56%), renda familiar inferior a um salário mínimo (n=29; 39,6%), com famílias residindo em casa própria (n=50; 66,6%).

No tocante às atividades de lazer disponibilizadas no ambiente prisional, destacou-se jogo de futebol (n=25; 33,5%). Ademais, 32 participantes (42,6%) afirmaram desenvolver alguma atividade laboral durante o cumprimento da pena.

O período de detenção variou de 04 meses a 22 anos, e 54 participantes (72%) haviam sido presos nos cinco anos que antecederam o período da coleta de dados. Por fim, 65 sujeitos (86,6%) encontravam-se em regime fechado e 50 (66,6%) eram reincidentes.

Categorias temáticas

Assistência à saúde

A partir do desenvolvimento das ações previstas pela PNAISP, a ESP deve realizar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, considerando o completo itinerário carcerário, ou seja, desde o momento da detenção nas delegacias de polícia até o momento da liberdade, após o cumprimento da pena estabelecida. Todas as atividades realizadas devem considerar a pluralidade das pessoas que habitam os presídios brasileiros, bem como os diversos tipos de agravos em saúde encontrados no sistema prisional, que podem ser potencializados devido às condições precárias de confinamento⁸.

De modo geral, os participantes da pesquisa revelaram suas considerações sobre a assistência à saúde desenvolvida nas unidades de saúde prisionais as quais têm acesso.

[...] por exemplo a medicação, tem medicação pra todo tipo de doença aqui [...] (βIIA2).

Aqui tem médico, odontólogo, dentista, tem psicólogo, tem médico clínico geral, tem tudo pra se ajudar na recuperação de todos [...] (λA2).

Aqui eu consigo mais coisas de saúde do que lá fora. Aqui consigo resolver o que sinto no dia que quiser, menos no final de semana (αIA1).

Desde que eu cheguei nesta unidade, vejo muitos atendimentos de saúde, como consulta, vacina, palestra, teste de hepatite, sífilis, AIDS. Por isso digo que aqui me sinto mais seguro e com assistência à saúde garantida (θA18).

[...] aqui tem todos os profissionais, mas cada um trabalha longe de cada um. Agora tem até exame, que a gente faz aqui mesmo (βA13).

As PPL reconhecem a presença da assistência à saúde no sistema penitenciário e apreciam as ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais, mesmo em face da situação de vulnerabilidade em que estão inseridos, tendo em vista a insalubridade dos presídios brasileiros.

É mister destacar a percepção dos sujeitos da pesquisa quanto ao trabalho fragmentado dos profissionais de saúde, o que por sua vez, pode se configurar em um desafio para integralidade do cuidado e saúde, especialmente para populações com maior vulnerabilidade social¹⁷.

Assim, para que seja respeitado o direito à saúde das PPL, é necessário que o processo de trabalho da ESP seja adaptado para a realidade penitenciária, pois, ao reconhecer as especificidades locais e as necessidades de saúde da população cuidada, torna-se possível desenvolver uma atenção à saúde em conformidade com os princípios éticos, garantindo assim a integralidade da assistência¹⁸.

Os participantes da pesquisa elencaram também a disponibilidade e cordialidade dos profissionais que os atenderam como fatores importantes para a prestação da assistência.

Durante o atendimento aqui fui bem recebido (αIA4).

Conseguir ser atendido aqui é fácil, eles estão aqui praticamente quase todos os dias e na hora que você mais precisa já está à sua disposição (λA4).

Eu acho que aqui eles atendem melhor do que lá fora. Tem povo aqui da cela que diz que é medo que eles têm da gente e por isso atendem logo e tentam resolver tudo. Porque aqui é uma panela de pressão. Respeito ou medo, não sei dizer o que tem na cabeça deles. Mas eles escutam, tentam resolver, e é bem diferente lá de fora (γA12).

A satisfação do usuário com o atendimento nos serviços de saúde está relacionada à conjugação de fatores facilitadores como acesso e/ou acolhimento, conforme observa-se nos trechos supracitados. O acolhimento é uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS), que estipula que o vínculo deve ser estabelecido entre profissionais e usuários através da escuta qualificada¹⁹, com o objetivo de garantir o acesso humanizado e resolutivo às demandas de saúde dos usuários²⁰.

Ressalta-se que, por vezes, os estigmas em relação aos que transgridem a lei, associados ao medo e ao despreparo dos profissionais de saúde podem interferir no acolhimento das demandas destes sujeitos¹².

Alguns relatos apontaram a facilidade para o acesso às unidades de saúde e agendamento de consultas, como nas respostas a seguir:

Muito rápido. Melhor do que você ir até um hospital, um pronto socorro, e esperar 4h, 5h pra ser atendido. Aqui é em fração, assim, de 5 minutos você é atendido (λA4).

É fácil [...] Sempre consegue, as vezes demora um pouquinho, dá uma massada, mas consegue! (δIA1)

Paradoxalmente, várias falas revelaram dificuldade no que se refere ao agendamento de consultas e, conseqüentemente, do recebimento da assistência em saúde:

Só vai no escândalo [...] fala com o auxiliar de enfermagem [se referindo ao Agente Promotor de Saúde], que é outro detento que leva o remédio pra gente. Aí ele consegue que o médico anote o nome da gente pra chamar (βIA1).

Aqui funciona dependendo do agente penitenciário e do chefe de disciplina. Se ele for legal, a gente consegue e pede para subir e falar com o médico, a enfermeira, o dentista (αIA3).

É difícil aqui viu. Porque a gente sabe que de segunda a quinta tem pessoal na unidade de saúde, mas a distância entre os pavilhões e o amontoado de gente dificulta muito, tem gente que nunca foi no médico (βA16).

Para que seja possível a prestação de uma assistência à saúde adequada é fundamental que o tema seja levado à discussão pública, a fim de melhorar as condições estruturais para a privação da liberdade e, por conseguinte, para que a prestação dos serviços de saúde neste âmbito possa ser efetivada conforme a legislação vigente, além de atender as normas de segurança necessárias para o cumprimento da pena²¹.

É importante mencionar que, historicamente, concebeu-se no imaginário popular que as pessoas que cometem delitos devem padecer, inclusive fisicamente, destituídas de seus direitos fundamentais básicos, dentre eles a assistência à saúde²². Este problema, somado à realidade brasileira, permeada por racismo estrutural e baixa eficiência de políticas públicas inclusiva², potencializa as fragilidades da assistência à saúde ofertada às PPL, tanto intra quanto extramuros³.

No âmbito prisional, a assistência à saúde, com ênfase na integralidade do cuidado, é favorecida pela atuação do agente promotor da saúde, conforme apresentado nas falas acima. Tal agente, configura-se como um elo entre o preso e a equipe de saúde, visto que é selecionado dentre as próprias PPL. Suas funções foram também estabelecidas pelo PNSSP, entre as quais está a identificação e a comunicação à equipe de saúde dos agravos e/ou problemas que possam ser detectados durante sua atividade educativa⁷.

Quanto ao acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, a PNAIPS estabelece as diretrizes da integralidade e da hierarquização, para que a ESP esteja articulada aos demais serviços da RAS, respeitando os fluxos de referência e contrarreferência⁸.

Sobre o serviço oferecido nos espaços extramuros, os participantes deste estudo sinalizaram receber atendimento com agilidade, percebendo desconfiança por parte dos profissionais da RAS, bem como da unidade prisional, em virtude da possibilidade de fugas.

Eu cheguei e fui atendido rapidamente, não demorei 4 minutos pra ser atendido (βIIA2).

Excelente o atendimento lá fora também. Porque às vezes a gente tem que ver a realidade, porque a gente que é preso, na maioria das vezes, a sociedade não tem confiança, tá entendendo, é a verdade, não tem confiança (λA7).

Ele vai e não pega fila para ser atendido lá fora, tem prioridade [...] tem o risco de ser resgatado pelos parceiros (allA1).

Estes achados divergem do estudo realizado por Silva et al.¹², o qual identificou que a assistência extramuros ofertada às PPL limita-se a procedimentos técnicos, com atendimento fragmentado e permeado por preconceitos.

Destaca-se que o objetivo da RAS é garantir é a oferta de cuidado continuado qualificado, humanizado, equânime e integral²³. Ademais, o sistema de referência e contrarreferência, bem como o matriciamento, sobretudo em saúde mental, deve estar organizado de modo a subsidiar os encaminhamentos advindos da atenção primária. Assim, as ESP possuem mais segurança e fluidez no processo de cuidado proposto²².

Estrutura física

O PNSSP já estabelecia em seu texto que uma das prioridades para o alcance da promoção da saúde e controle e/ou redução de agravos mais frequentes que acometem a população prisional, seria a reforma e equipagem das unidades prisionais visando à estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às demandas de saúde no nível de atenção primária^{7,24}.

Nesse sentido, as PPL entrevistadas neste estudo avaliaram positivamente a estrutura física das unidades de saúde implantadas nas prisões onde cumprem pena.

[...] tem tudo de bom! Cama, higiene, limpeza que é nota 10! Não tem muito barulho, só os pardais de manhã mesmo... e no final da tarde! (allA1)

Limpeza é nota 1000 também, todos os dias é limpo, de manhã e à noite. Tendo o doutor ou não tendo, está sendo limpo [...] O único barulho é só esse mesmo que você acabou de ouvir, o compressor. Mas não atrapalha (λA4).

Confortável. [...] A limpeza é nota 10, é só a gente olhar que já vê (λA7).

Eu penso comigo assim. Se tivesse um posto de saúde assim lá fora, seria muito bom. Aqui essa estrutura toda só para 700 homem é luxo. Tem unidade lá fora que é menor que essa, tem poucos profissionais e, como ficam em área de bocada, o povo mesmo quebra a unidade [...] aqui a unidade de saúde no presídio é limpa, longe de confusão, muído (μA13).

Em contrapartida às falas anteriores, em algumas unidades penitenciárias houve relatos de ambientes desconfortáveis, desprovidos dos equipamentos básicos de assistência e insalubres.

Não é confortável porque aqui não existe uma enfermaria! Existem vários doentes que ficam jogados no chão, não tem uma cama (alA1).

Tá precário [...] eles aqui não tem uma estrutura para a saúde, pra atender a gente de jeito nenhum (βIA1).

Tem uma maca, mas é utilizada como mesa, não sei se você observou. Porque mesmo que fosse uma maca exclusiva para o atendimento, não oferece uma higienização. Um lugar com higienização tem que ser um lugar fechado, limpo, asseado, porta fechada (βIIA5).

Eu não sei como doutor atende aqui. Cheio de mosquito, a limpeza não é feita todo dia. Os banheiros têm mau cheiro. Eu não sei como eles aguentam trabalhar aqui. O espaço é bom. Nunca vi lá fora posto desse tamanho com sala separada. Mas aqui falta cadeira, falta material para o dentista atender, e ela fica aí sentada, aí tem sala de psicólogo e não tem quem atenda (δA19).

Tem lugar bom para os doutores. Mas veja se tem um local para a gente esperar o atendimento, não tem onde sentar. E quem tem dificuldade de andar não sobe aqui, porque os profissionais ficam no primeiro andar (λA9).

O Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Resolução RDC 50/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, recomenda que o espaço físico das unidades de saúde deve oferecer conforto e segurança, proporcionando um ambiente acolhedor, tanto para os trabalhadores quanto

para os usuários, o que inclui, além de outros fatores, luminosidade, temperatura e ruídos do ambiente²⁵.

Contudo, percebe-se uma discrepância entre o que está delineado na legislação específica para a realização da assistência à saúde nos presídios, e aquilo que está evidenciado na realidade, o que é corroborado pela literatura²⁶. A realização das práticas clínicas é prejudicada em decorrência da falta de estrutura adequada, sendo premente a discussão entre a gestão, a fim de solucionar os problemas evidentes e adequar os espaços físicos das unidades de saúde para o desempenho eficiente dos profissionais de saúde³.

Ao considerar a divergência dos relatos entre os sujeitos entrevistados neste estudo quanto à estrutura física e a assistência prestada, infere-se que, para além do reconhecimento dos princípios constitucionais no tocante ao direito à saúde das PPL por parte dos gestores e profissionais de saúde, faz-se necessário a capacitação dos atores envolvidos neste cenário para consolidação da qualidade e da integralidade no cuidado²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios para garantia da integralidade no cuidado às PPL no âmbito da PNAISP derivam de carências estruturais do próprio SUS, acentuadas no contexto prisional, além da desarticulação entre o processo de trabalho da saúde e da justiça, assim como da fragilidade na formação profissional de atores envolvidos na assistência aos usuários.

Entretanto, a maioria dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa relataram satisfação quanto ao acolhimento e cordialidade dos profissionais da ESP durante o atendimento. No referente à estrutura física das unidades de saúde, houve divergência na avaliação dos sujeitos, pois apesar de ser considerada adequada e em boas condições em alguns presídios, foi descrita como desconfortável em outros relatos, tendo sido observado inclusive falta de cadeiras e macas, além do descaso para com a higiene.

Diante desses aspectos, o presente estudo contribuiu para a compreensão do desafio de garantir a integralidade da assistência à saúde prestada em unidades prisionais do estado da Paraíba sob a ótica das PPL, o que pode favorecer o planejamento, a execução e a avaliação de ações que visem a melhoria na assistência a esta população.

Destaca-se, em conclusão, que a realização do estudo em unidades prisionais com implantação de ESP pode ser considerado como um aspecto limitador.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho SG, Santos ABS, Santos IM. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. *Cien Saude Colet.* 2020;25(9):3493-502. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.15682020>. PMID:32876243.
2. Oliveira LV, Coelho AA, Salvador PTCO, Freitas CHSM. Muros (in)visíveis: reflexões sobre o itinerário dos usuários de drogas no Brasil. *Physis.* 2019;29(4):e290411. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290411>.
3. Soares MM Fo, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Cien Saude Colet.* 2016;21(7):1999-2010. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>. PMID:27383334.
4. Brasil. Ministério da Justiça. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União.* Brasília, 13 de julho de 1984; Seção 1. p. 10227.
5. Batista MA, Araújo JL, Nascimento EGC. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR.* 2019;23(2):71-80. <http://dx.doi.org/10.25110/arqsauade.v23i2.2019.6125>.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano nacional de saúde no sistema penitenciário. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2014.

9. Nascimento LG, Bandeira MMB. Saúde penitenciária, promoção de saúde e redução de danos do encarceramento: desafios para a prática do psicólogo no sistema prisional. *Psicol Ciênc Prof.* 2018;38(Spe2):102-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000212064>.
10. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*. Brasília, 20 de setembro de 1990; Seção 1. p. 18055.
11. Guedes HCS, Silva JNB Jr, Silva GNS, Trigueiro DRSG, Nogueira JA, Barrêto AJR. Integralidade na atenção primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. *Esc Anna Nery.* 2021;25(1):e20190386. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0386>.
12. Silva PBS, Barbosa ML, Oliveira LV, Costa GMC. Assistência de enfermagem prestada às pessoas privadas de liberdade no ambiente hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20170809. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0809>. PMID:32267407.
13. Galvão MHR, Sena EA, Costa DO, Pereira IL, Forte FDS, Freitas CHSM. Risco para doenças cardiovasculares em mulheres detentas. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2019;32:1-11. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.8994>.
14. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010. 688 p.
15. Coimbra VCC. Avaliação do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007. <http://dx.doi.org/10.11606/T.22.2007.tde-26062007-150738>.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
17. Scalco N, Aith F, Louvison M. A relação interfederativa e a integralidade no subsistema de saúde indígena: uma história fragmentada. *Saúde Debate.* 2020;44(126):593-606. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012601>.
18. Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV, Pedraza DF, Costa GMC. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):586-92.
19. Sánchez A, Leal MC, Larouzé B. Realidade e desafios da saúde nas prisões. *Cien Saude Colet.* 2016;21(7):1996. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08682016>. PMID:27383333.
20. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cien Saude Colet.* 2012;17(8):2071-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>. PMID:22899148.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 31 de dezembro de 2010; Seção 1. p. 88.
22. Foucault M. Vigiar e punir – história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes; 1987.
23. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Pazin-Filho A. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev Saude Publica.* 2014;48(2):275-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004934>. PMID:24897049.
24. Schultz ALV, Dias MTG, Lewgoy AMB, Dotta RM. Saúde no sistema prisional: um estudo sobre a legislação brasileira. *Argumentum.* 2019;9(2):1-16.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
26. Damas FB. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Rev Saude Publica.* 2012;5(3):6-22.
27. Valim EMA, Daibem AML, Hossne WS. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Rev Bioet.* 2018;26(2):282-90. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018262249>.