

**O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA
POPULAÇÃO CARCERÁRIA MASCULINA NO MUNICÍPIO DE CARAÚBAS/RN**

João Wellton de Azevedo Henrique Júnior^a

Patrícia Angélica de Oliveira Tavares^b

Janieiry Lima de Araújo^c

Ellany Gurgel Cosme do Nascimento^c

João Mário Pessoa Júnior^d

João Carlos Alchieri^d

Resumo

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) tem como meta incluir a população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. Assim, objetivamos analisar a efetividade do PNSSP junto à população carcerária masculina, em nível da atenção primária à saúde no município de Caraúbas, Rio Grande do Norte. Como resultado, observamos que as ações desenvolvidas se resumem a atividades de recuperação da saúde, modelo que reduz o cuidado de saúde ao diagnóstico e tratamento das doenças, o que não prioriza as atividades voltadas à promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde dos homens privados de liberdade. Evidencia-se a necessidade de efetivação do PNSSP no município de Caraúbas, bem como maior contato entre o poder judiciário e a gestão municipal de saúde, demonstrando o desafio de efetivar a atenção básica em saúde para a população penitenciária.

Palavras-chave: População institucionalizada. Saúde do Homem. Atenção primária à saúde. Assistência pública. Assistência integral à saúde.

^aSecretaria Municipal de Saúde do município de Caraúbas – Caraúbas (RN), Brasil.

^bEstratégia Saúde da Família do município de Caraúbas – Caraúbas (RN), Brasil.

^cUniversidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN – Pau dos Ferros (RN), Brasil.

^dUniversidade Federal do Rio Grande do Norte – UERN – Natal (RN), Brasil.

Endereço para correspondência: Ellany Gurgel Cosme do Nascimento – Rua Lino Guerra, 88 – Sebastião Maltez – CEP: 59780-000 – Caraúbas (RN), Brasil – E-mail: ellanygurgel@hotmail.com

Abstract

The National Health Plan in Prisons (PNSSP) aims to include the inmate population on SUS, ensuring that the rights of citizenship becomes effective, according to the perspective of the human rights. Thereby, we aimed to analyze the effectiveness of PNSSP with the male inmates on the level of the primary healthcare in the city of Caraúbas, Rio Grande do Norte. As result, we found out that the actions taken are just summarizing the activities of health recovery model, what reduces healthcare to the diagnosis and treatment of diseases, which does not prioritize activities focused on promotion, prevention, protection and rehabilitation of the inmates. This study highlights the needs for making PNSSP stronger on the city of Caraúbas and for a bigger connection between the judiciary and city health care management, and, finally, shows the challenge of making effective basic healthcare to the prison population.

Keywords: Institutionalized population. Men's health. Primary health care. Public assistance. Comprehensive health care.

CUIDADO MASCULINO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA POBLACIÓN CARCELARIA EN LA CIUDAD DE CARAÚBAS/RN

Resumen

El Plan Nacional de Salud en las Prisiones (PNSSP) tiene como objetivo incluir la población penitenciaria en el SUS, asegurándole el derecho a la ciudadanía.. Por lo tanto, el objetivo era analizar la eficacia de PNSSP en la población penal masculina, a nivel de la atención primaria de salud en la ciudad de Caraúbas, Rio Grande do Norte. Como resultado se encontró que las medidas adoptadas se resumen a las actividades del modelo de recuperación que reduce el cuidado médico al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, que no da prioridad a las actividades destinadas a la promoción, prevención, protección y rehabilitación de los hombres privados de libertad. Este estudio pone de relieve la necesidad de realización de la municipalidad de PNSSP en Caraúbas y el máximo contacto entre el poder judicial y la salud municipal, demostrando el reto de llevar a cabo la atención básica de salud a la población reclusa.

Palabras-clave: Población institucionalizada. Salud del hombre. Atención primaria de salud. Asistencia pública. Atención integral de salud.

INTRODUÇÃO

As discussões em torno dos princípios éticos e das diretrizes operacionais em relação à política sanitária brasileira impulsionam a efetivação jurídica do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante as Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e nº 8142/90.^{1,2} Desde a década de 1970, a saúde no Brasil vem passando por diversas transformações de ordem conceitual, nas práticas do cuidado e na gestão em saúde, priorizando o atendimento universal, igualitário, equânime e integral à saúde individual e coletiva da população.²

Nesse contexto, o SUS reforça as diretrizes da descentralização, da hierarquização e da regionalização da saúde como forma de estruturar os serviços de saúde em nível nacional, estadual e municipal, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a porta de entrada preferencial do usuário no sistema.³ Desse modo, as decisões do processo de gestão em saúde em nível primário são compartilhadas entre as esferas governamentais e discutidas pelo controle social, ou seja, cabe à população participar ativamente das tomadas de decisão em saúde, partindo das necessidades dos grupos populacionais de uma determinada localidade.⁴

A Constituição Federal de 1988, no seu Art. 1º, rege que cabe à República Federativa do Brasil, esta formada pela união indissolúvel dos Estados e municípios e do Distrito Federal, a manutenção do direito de cidadania e a dignidade da pessoa humana, além da prevalência dos direitos humanos universais, entre eles, o direito à saúde.¹ Ainda no art. 5º, há a assertiva de que todos são iguais perante a lei, sem distinções, inclusive o grupo carcerário, ao qual é assegurado o respeito à integridade física e moral.¹

Partindo desse arcabouço jurídico e histórico nacional e como forma de garantir o direito à saúde à população brasileira que se encontra com sua liberdade restrita devido à prática de crimes, foi instituído, pela Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003 (ação conjunta entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça), o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP).⁵ Este tem como meta incluir a população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos, no intuito de ofertar um cuidado de saúde à população privada de liberdade, seja ela masculina, feminina ou psiquiátrica.⁵

Dados de 2010 apontam no Brasil um total de 496.251 pessoas reclusas, onde 461.444 são homens e 34.807 mulheres, num universo de 281.022 presos condenados, o que equivale a 57% da população total, além de 215.229 presos provisórios, equivalente a 43% da população carcerária.⁶ O número de estabelecimentos penais onde se encontram os presos condenados e provisórios representa um total de 1.857, sendo 1.642 para

presos do sexo masculino e 215 para as do sexo feminino.⁷ Considera-se o quantitativo de estabelecimentos prisionais insuficiente para a população carcerária atual, formando um déficit superior a 197 mil vagas no sistema, pois o país possui 298.275 vagas, para abrigar 496.251 pessoas privadas de liberdade.⁶

Observa-se que a população carcerária cresce desordenadamente a cada ano, causando uma grande aglomeração em prisões insalubres. Desse modo, o modelo prisional esgota-se, na pura retribuição, causando obstáculos à liberação progressiva do condenado, como sua adaptação para uma vida futura em liberdade.^{8,9} Além da superlotação das celas e da precariedade, existem vários fatores estruturais que tornam as prisões um local favorável à propagação de epidemias e contaminação, como a má alimentação dos presos, o sedentarismo, drogas e falta de higiene.^{10,11}

Mediante essa problemática, surgiu o interesse em estudar sobre a saúde penitenciária no município de Caraúbas, Rio Grande do Norte. Os motivos que determinaram a necessidade de realizar este estudo são provenientes dos conhecimentos/práticas em Saúde Coletiva vivenciados na Escola da Saúde da Universidade Potiguar, Campus Mossoró, somado às inquietações dos autores em torno de compreender a realidade de saúde dos homens em cárcere, que cumprem suas penas na Unidade Prisional nessa realidade. Partiu-se das seguintes questões norteadoras: Quais ações de saúde, no nível de APS, estão sendo planejadas e executadas junto à população carcerária masculina que vive na Unidade Prisional de Caraúbas (RN)? Como o PNSSP está sendo efetivado na realidade lócus do estudo?

Assim, o presente estudo tem por objetivo compreender como o cuidado de saúde, em nível da atenção primária, está sendo planejado/executado junto à população carcerária masculina no município de Caraúbas (RN). Espera-se que o estudo possa contribuir no debate e reflexão crítica em torno das práticas em saúde voltadas à população carcerária masculina privada do direito à liberdade.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Realizada no município de Caraúbas (RN), situado na mesorregião oeste Potiguar e microrregião da Chapada do Apodi. Caraúbas dispõe de uma população de 19.582 habitantes, onde 13.709 residem na zona urbana e 5.872 residem na zona rural. Em relação ao setor saúde, o município dispõe de 8 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 11 postos de saúde, com 7 gabinetes odontológicos e 1 hospital regional.^{12,13}

O local de estudo escolhido foi a cadeia pública desta referida cidade, inaugurada no ano de 2004, com capacidade para 86 detentos. A cadeia pública de Caraúbas apresenta em sua estrutura física: área destinada à visita familiar, área de banho de sol, enfermaria, espaço para prática desportiva, local para visita íntima e sala para entrevista com advogado. Nesta unidade prisional não existe gabinete odontológico e médico, além de não ter biblioteca, sala de aulas e local apropriado para cuidado religioso, bem como, para a realização de oficinas de trabalho. O município ainda conta com a delegacia de polícia.¹³

A Política de Atenção à Saúde Carcerária rege que unidades prisionais com mais de 500 detentos podem possuir equipes próprias alocadas dentro da própria unidade. Para aquelas unidades de pequeno porte, como é o caso da unidade prisional de Caraúbas, classificada como cadeia pública, a responsabilidade pelo atendimento da população apenas cabe às equipes de atenção básica da área de abrangência. Mediante esta prerrogativa transcorreu-se a escolha dos atores responsáveis pelo fornecimento das informações auferidas com as entrevistas.

Os entrevistados compreenderam três grupos distintos, a saber: Grupo 1, composto por sujeitos ligados à gestão do setor saúde em nível da APS local (o gestor de saúde local e o coordenador da atenção básica); Grupo 2, composto por sujeitos ligados aos cuidados desenvolvidos na ESF (profissionais da equipe de saúde da família da área de abrangência onde se localiza a cadeia pública lócus do estudo: médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde); Grupo 3, sujeitos ligados à gestão/cuidado na cadeia pública (diretor geral da cadeia, profissionais de saúde que atuam junto aos detentos e agentes penitenciários lotados na instituição).

A coleta de dados foi feita mediante roteiro de entrevista semiestruturada, marcada com os sujeitos integrantes de cada grupo via telefone, respeitando-se o agendamento/horário/data de acordo com a escolha do entrevistado. Como critério de inclusão dos entrevistados da pesquisa definiu-se:

Grupo 1: (1) atuar na gestão de saúde no cenário do estudo (secretário de saúde e coordenador da atenção básica). Como critérios de exclusão: (1) no período da coleta de dados, o profissional negar-se a participar da pesquisa; (2) licença do serviço na ocasião da coleta de dados; (3) estar atuando como substituto “em exercício”.

Grupo 2: (1) ser profissional de saúde atuante da ESF em que está localizada a cadeia pública lócus do estudo (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem); (2) ser ACS atuante da ESF em que está localizada a cadeia pública lócus do estudo.

Como critérios de exclusão: (1) no período da coleta de dados, o profissional negar-se a participar da pesquisa; (2) o profissional estar atuando junto à ESF temporariamente como substituto; (3) licença do serviço na ocasião da coleta e (4) ser profissional de saúde atuante em outra área de abrangência que não a que está localizada a cadeia pública lócus do estudo.

Grupo 3: (1) ser trabalhador no cenário do estudo (diretor geral, profissional de saúde). Como critérios de exclusão: (1) no período da coleta de dados, o profissional negar-se a participar da pesquisa; (2) licença do serviço na ocasião da coleta de dados.

No geral, as entrevistas foram gravadas com minigravador digital no período de 20 de setembro a 20 de outubro de 2011, sendo ao todo 9 entrevistas com sujeitos pertencentes aos diferentes grupos, e posteriormente transcritas com o auxílio do Software Digital Voice Editor 3. Para garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados coletados, as entrevistas ocorreram em sala individual com porta, de forma que não houvesse o acesso de outras pessoas que não fossem entrevistados da pesquisa. Essas salas fazem parte do cotidiano do trabalho do depoente, assim, eles ficaram a vontade para responder nossos questionamentos.

Em respeito aos preceitos éticos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte através do parecer nº 101/11 CAAE 0097042800011. Os entrevistados assinaram individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no intuito de esclarecer aos sujeitos o que se pretendia com a pesquisa, evitando possíveis constrangimentos a respeito de sua participação na pesquisa.

A identidade dos entrevistados da pesquisa foi preservada, sendo identificados de acordo com os grupos: os entrevistados do Grupo 1 identificados com o termo Saúde seguido de letras do alfabeto em língua portuguesa; os do Grupo 2 com o termo Equipe de Saúde seguida de letras do alfabeto em língua portuguesa; e os do Grupo 3 com o termo Justiça seguido de letras do alfabeto em língua portuguesa. Seguiram-se as demais entrevistas identificadas com as letras subsequentes para os três grupos. Para análise e interpretação dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo.¹⁴

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a transcrição das entrevistas, os dados coletados passaram por um processo intensivo de leitura e organização mediante a técnica de análise temática, onde foram analisadas as falas e buscadas as semelhanças e contradições presentes

nos discursos a fim de construirmos as categorias e subcategorias de análise, que compreenderam: (a) o entendimento sobre o PNSS e a oferta de serviços de saúde à população carcerária; (b) o cuidado em saúde na unidade prisional, e suas duas subcategorias: (b.2) barreiras que impedem a efetivação do cuidado; e (b.3) o cuidado multiprofissional em saúde.

A) O ENTENDIMENTO SOBRE OS PNSSP E

A OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE À POPULAÇÃO CARCERÁRIA

A defesa e a promoção da saúde inserem-se na área específica da socialização, justificando a criação de programas especiais que deem corpo a um dever especial do Estado para com o cidadão encarcerado.⁸ Nessa categoria, evidenciou-se que boa parte dos entrevistados necessita conhecer melhor o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) para entender quais são os eixos de atuação desta política de saúde e como ela será desenvolvida na cidade de Caraúbas (RN). O entendimento mais adequado sobre o PNSSP é apresentado pelos sujeitos pertencentes ao grupo da SAÚDE, que pode ser compreendido na fala a seguir:

Dos nove eixos previstos pelo Plano Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, entendo que em Caraúbas, a SMS busca garantir o maior número possível destes para a população prisional, destacando a busca da atenção integral, relações institucionais, implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem e garantia de insumos, equipamentos e recursos humanos. (Saúde-A)

A falta de conhecimento por parte de uma parcela dos entrevistados mostra a ausência de capacitação sobre as novas propostas de políticas e ações de saúde propostas pelo SUS, de forma a garantir o direito à saúde. Muitas vezes os profissionais do setor saúde ficam mais focados no cuidado à doença e no desenvolvimento das técnicas e se esquecem de estudar/capacitar sobre as políticas de base do SUS.⁹ No processo de implantação do Sistema único de Saúde, mesmo com todos os percalços, conseguimos avançar em algumas áreas, mas precisamos investir na mudança do modelo da atenção à saúde, que ainda hoje é centrado na doença, no hospital e no médico.¹⁰

Para os outros grupos, o da Justiça e Equipe de saúde, os profissionais desconhecem os eixos de atuação do PNSSP:

Não tenho conhecimento dos eixos. (Justiça-A)

Não existem os eixos. (Equipe de saúde-A)

Não tenho conhecimento sobre os eixos. (Equipe de saúde-B)

Quando um indivíduo está apenado, o estado assume a responsabilidade de cuidar de sua saúde, tanto em termos das condições nas quais as detém, quanto em termos do tratamento individual que pode ser necessário devido às circunstâncias.^{8,11} O estado é responsável pelo bem-estar deste indivíduo, e também é notório que os próprios representantes do estado desconhecem os seus deveres diante das ações voltadas para esta população privada de liberdade.¹⁵

Outro dado importante observado nas falas dos entrevistados diz respeito à oferta dos serviços de saúde à população privada de liberdade do município de Caraúbas (RN). Eles afirmaram a existência de assistência em saúde voltada a esta população privada de liberdade no município, mesmo que este cuidado seja de forma curativista, onde não são visualizadas respostas que trouxessem atividades preventivas que sejam desempenhadas na unidade prisional.

As ações que são desenvolvidas na cadeia pública de Caraúbas são abordadas na fala que se segue:

Consulta médica, odontológica, atendimento de urgência pelo hospital regional de Caraúbas. Distribuição de medicamentos pela farmácia básica. (Equipe de saúde-B)
Neste aspecto, destaque: atendimentos individuais por meio de consultas médicas; orientações em saúde; distribuição de medicamentos da farmácia básica e ainda de medicamentos de uso controlado; distribuição de kits de higiene bucal; acesso a atendimentos odontológicos periódicos com o uso de um gabinete odontológico móvel e equipe especializada; distribuição de preservativos e garantia do acesso dos detentos à vacinação de rotina e em campanhas; apoio à realização de exames e procedimentos de média e alta complexidade, quando encaminhados/referenciados. (Saúde-B)

As ações e serviços de saúde devem ser elencados pelo princípio da humanização, o que significa dizer que as questões de sexo, crença, cultura, religião, orientação sexual, raça, precisam ser respeitadas e consideradas na organização das práticas de saúde. Significa dizer que essas práticas devem estar relacionadas ao compromisso com os direitos das pessoas.^{5,7,9}

Em uma das falas de um dos entrevistados do grupo Equipe de saúde, é perceptível a falta de harmonia por parte da equipe, onde um dos entrevistados ao ser questionado sobre quais são as atividades de saúde que ele desempenha na unidade prisional relata: “Nenhuma” (Equipe de saúde-C). Fato que diverge da fala do entrevistado Justiça:

Curativo, injeção, contato com médico, distribuição de medicamento através de receituário, o médico passa conforme o receituário. O medicamento só entra na unidade com o receituário, todos os medicamentos ficam em meu controle. Envelopado com o nome do preso, o pavilhão e a sela em que ele está. (Justiça-A)

Ele é conduzido até o hospital, sempre que sente alguma coisa é encaminhado para o hospital, tudo com escolta policial. (Justiça-A)

Destarte, concorda-se que qualquer transformação da realidade dos sujeitos e a melhoria da prevenção e do cuidado à saúde nas prisões precisam levar em conta tanto as condições de organização e estruturação material e social da prisão quanto a dimensão simbólica das práticas dos diversos atores sociais envolvidos e sua interação.¹⁶

B) O CUIDADO EM SAÚDE NA UNIDADE PRISIONAL

B.1) Barreiras que impedem a efetivação do cuidado

A subcategoria B.1 descreve as barreiras impeditivas, apontadas pelos entrevistados da pesquisa, da prestação de um cuidado de saúde voltado para a população de homens privados de liberdade. Conforme as respostas dos entrevistados, percebe-se que existem barreiras que impedem que seja desempenhado um cuidado de saúde na unidade prisional de Caraúbas. Barreiras do medo, barreiras do conhecimento, barreiras da aceitação, barreiras da qualificação profissional. Essas dificuldades são compreendidas quando nós temos o contato com as falas dos entrevistados.

Não temos um treinamento específico para isso, no entanto, uma equipe da ESF é responsável pelo acompanhamento da unidade, além de uma auxiliar de enfermagem que presta cuidados diários voltados para a atenção à saúde destes homens. (Saúde-B)

A falta de segurança e a falta de conhecimento por parte dos profissionais, no tocante ao que é para ser desempenhado na unidade prisional, também foram pontos analisados diante das falas dos entrevistados ao serem perguntados sobre quais as barreiras que impediam esse acesso, e o próprio diálogo entre a Equipe de Saúde da Família e a Unidade Prisional.

Conhecimento do que pode ser feito e segurança precária. (Equipe de saúde-D)
Eu peço atividades educativas para o PSF do bairro mas a equipe não vai. Esse ano não teve vacina de gripe, hepatite, nenhuma vacina foi pra lá. (Justiça-A)

O atual modelo de saúde tem sido falho no que diz respeito ao item resolução dos problemas de saúde da população, pois a desarticulação dos serviços provoca, muitas vezes a competição entre uma mesma ou entre esferas de governo.^{5,15} Mesmo com todas as barreiras já elencadas neste trabalho, outra que prejudica muito o cuidado desta população privada de liberdade é a barreira do preconceito.

Quanto à avaliação do cuidado à saúde da população privada de liberdade, observaram-se divergências de opiniões dos entrevistados, porém há concordância no tocante à precariedade do cuidado e à necessidade de melhorar.

Avaliamos como positiva, não podendo deixar de destacar ainda o papel do Ministério Público, que conhece esta realidade e entende que o acesso vem sendo garantido da melhor maneira possível, o que não quer dizer que não se possa ainda avançar e proporcionar melhorias neste, principalmente no tocante às medidas de promoção e ainda pelo desenvolvimento de ações coletivas e que envolvam também a família da população carcerária. (Saúde-A)

Melhoria em geral, voltada para a unidade. (Equipe de saúde-D)

Há muita necessidade de melhorar, parcerias com o município e o estado. (Justiça-B)

Assim, submetida à ordem disciplinar, a saúde, além de funcionar como elemento de troca e negociação para manutenção da ordem e da disciplina no cárcere, também é considerada como instrumento de “recuperação” dos detentos, inserindo-se na lógica da “modelagem” dos sujeitos.¹⁶ Os presos habitualmente são considerados como indivíduos submetidos à ordem carcerária a quem é negada a condição de paciente.¹⁷

B.2) O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

A categoria B.2 mostra como o trabalho em equipe é capaz de promover uma melhoria no cuidado de saúde da população privada de liberdade. Percebeu-se que existem grandes falhas no atendimento da Estratégia da Saúde da Família no presídio e que realmente a equipe deveria estar mais integrada com essa população que está privada de liberdade.

Em relação à existência de parceria entre o município e a gestão da unidade prisional para garantir o direito à saúde aos homens apenados, as respostas foram as seguintes:

Tem a respeito a cuidado odontológica. Tem também agora o CAPS. E não tem cuidado médica, apenas técnica de enfermagem cedida pelo município. Todo atendimento é feito no hospital. (Justiça-B)

Melhoria em geral, voltada para a unidade penitenciária, no momento só temos atendimento odontológico uma vez por mês. (Equipe de saúde-B)

Existe consulta médica, odontológica, atendimento de urgência pelo hospital. (Equipe de saúde-C)

Ademais, nota-se que nem todos os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família estão cumprindo seu papel para com a saúde dessa população apenada, pois sabemos que essa população está privada do direito à liberdade, e não do direito à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os principais achados deste estudo encontra-se o desconhecimento dos profissionais da Justiça e Equipe de Saúde acerca do PNSSP, os cuidados prestados a esta população são unicamente de forma curativa, percebe-se a compleição de barreiras de medo, desconhecimento, aceitação, qualificação profissional e insegurança. Destaca-se o consenso entre os entrevistados sobre a precariedade do serviço prestado.

Outro ponto notório deste estudo foram as ações de saúde que existem na unidade prisional e no município de Caraúbas (RN), que se resumem a atividades de recuperação da saúde, modelo que reduz o cuidado de saúde ao diagnóstico e tratamento das doenças, o que não prioriza as atividades voltadas à promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde dos homens privados de liberdade. Afirma-se que ainda existe muito a ser trabalhado entre os atores sociais responsáveis pela efetivação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário na realidade em estudo, fato já vislumbrado como hipótese de pesquisa.

Evidencia-se a necessidade de efetivação do Plano Nacional de Saúde Penitenciária no município de Caraúbas (RN), pois já existe este plano implantado no município, porém ele não é colocado em prática. É necessário que exista mais contato entre o poder judiciário e a gestão municipal de saúde, para que o cuidado de saúde voltado aos homens privados de liberdade seja mais eficiente. Fica assim evidente que ainda existe um grande desafio, que é efetivar a atenção básica em saúde para a população penitenciária.

Observa-se carência de estudos sobre a temática, assim, acredita-se que a partir da identificação das dificuldades inerentes à oferta de serviços junto à população carcerária, será melhor organizada a assistência prestada a esta população no município de Caraúbas (RN) e as descrições do trabalho contribuirão como norteador. Apesar de relevante e de regulamentada por diretrizes e normas específicas, a oferta de cuidado de atenção básica à população apenada ainda não se configura como realidade na maior parte do Brasil. O estudo descritivo apresentado serve como pano de fundo para um debate que precisa ser aprofundado.

REFERÊNCIAS

1. Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(7):1614-19.
2. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2006;25(7):1620-25.
3. Starfield B. Atenção primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: [http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1]. Acesso em [10 de fevereiro de 2009].
4. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma Ata; 1978. Disponível em: [<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>]. Acesso em [26 de dezembro de 2006].
5. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasília, 2004. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf]. Acesso em [1 de março de 2011].
6. Assis RD. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Rev CEJ*. 2007;39(1):74-78.
7. Andrade MC. Presidiários. Disponível em: [<http://www.hottpos.com/seminario/sem2/cris2.htm>]. Acesso em [7 de dezembro de 2011].

8. Rodrigues AM. Novo olhar sobre a questão penitenciária – estatuto jurídico do recluso e socialização, jurisdicionalização, consensualismo e prisão. São Paulo: RT; 2000.
9. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Gilles A, Araújo L, Duarte AM. Saúde em prisões: representação e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(8):1887-96.
10. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. Ciên Saúde Colet. 2006;11(2):461-71.
11. Lira PO, Carvalho GM. A lógica do discurso penitenciário e sua repercussão na constituição do sujeito. Psicol Ciênc Prof. 2002; 22(3): 20-31.
12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio Grande do Norte – Caraúbas – RN. 2010. Disponível em: [<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm? 1>]. Acesso em [05 de março de 2011].
13. Brasil. Prefeitura Municipal de Caraúbas. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde – 2009 a 2012. Caraúbas, RN; 2009.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições; 2009.
15. Lira PO, Carvalho GM. A lógica do discurso penitenciário e sua repercussão na constituição do sujeito. Psicol Ciênc Prof. 2002;22(3):20-31.
16. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.
17. Kelsen H. Teoria pura do direito. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

Recebido em 09.10.2012 e aprovado em 05.12.2013.