



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**LUANA RAYANE GOMES DE LIMA**

**ATENÇÃO À SAÚDE NAS UNIDADES PRISIONAIS  
DO RIO GRANDE DO NORTE: ANÁLISE DOCUMENTAL.**

**NATAL /RN**

**2018**

LUANA RAYANE GOMES DE LIMA

ATENÇÃO À SAÚDE NAS UNIDADES PRISIONAIS  
DO RIO GRANDE DO NORTE: ANÁLISE DOCUMENTAL

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito obrigatório para obtenção do grau de Cirurgiã-dentista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Iris do Céu Clara Costa

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Edna Maria da Silva

Natal /RN

2018

Catálogo na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia  
Biblioteca Setorial de Odontologia “Profº Alberto Moreira Campos”.

Lima, Luana Rayane Gomes de.

Atenção à saúde nas unidades prisionais do Rio Grande do Norte: análise documental / Luana Rayane Gomes de Lima. – 2018.

35 f.

Orientadora: Profª. Dra. Iris do Céu Clara Costa.

Co-orientadora: Profª. Dra. Edna Maria da Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia, Natal, 2018.

1. Assistência Médica – Trabalho de Conclusão de Curso. 2. Assistência odontológica – Trabalho de Conclusão de Curso. 3. Atenção à Saúde – Trabalho de Conclusão de curso. 4. Prisões – Trabalho de Conclusão de Curso. I. Costa, Iris do Céu Clara. II. Silva, Edna Maria da. III. Título.

RN/UF/BSO

Black D5

LUANA RAYANE GOMES DE LIMA

ATENÇÃO À SAÚDE NAS UNIDADES PRISIONAIS  
DO RIO GRANDE DO NORTE: ANÁLISE DOCUMENTAL

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Odontologia da Universidade Federal do  
Rio Grande do Norte como requisito obrigatório  
para obtenção do grau de Cirurgiã-dentista.

Aprovada em: 05/12/2008

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Edna Maria da Silva / UFRN

Presidente

---

Prof<sup>º</sup>. Dr. Gustavo Barbalho Guedes Emiliano / UERN

(Examinador)

---

Prof<sup>ª</sup>. MSc Cristiane Assunção da Costa Cunha Mafra / Unifacex

(Examinador)

***Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso***

*A todos que pela minha vida passaram e me ajudaram a chegar aonde estou e ser quem sou.*

## AGRADECIMENTOS

A princípio, meu agradecimento é para Quem sempre serei grata, Àquele que jamais me abandonou, Àquele que nunca põe uma vontade no meu coração que eu não seja capaz de realizar, sempre me ouvindo e me fazendo acreditar que tudo dará certo: Ao meu Eterno Deus!

Ao meu esposo, que mesmo do seu jeito entendeu as minhas ausências e por ser tão companheiro ao longo desta jornada. Mais ainda: Por ser um grande parceiro de vida nos últimos 15 anos. Amo-te por todos os momentos que estive ao meu lado.

Aos meus pais, que ajudaram a tornar-me a pessoa que hoje sou ensinando-me a ter forças para reduzir os obstáculos a meros degraus e assim poder alcançar meus objetivos.

À minha irmã, que com sábia maturidade tornou-se um exemplo de pessoa, amiga e companheira, mesmo à distância.

Aos meus tios Herivelto e Roseane, que ao longo desses anos de curso tornaram-se também meus padrinhos de casamento, e ainda além, se tornaram verdadeiros amigos, acolhendo-me em vários momentos como verdadeira família. Obrigado por todo apoio.

À minha maravilhosa orientadora, por todos os ensinamentos e incentivos para continuar em frente nesta árdua jornada. A sua bondade e contribuição são incomensuráveis.

À minha coorientadora, por aceitar o convite e prestar-me pronto auxílio na conclusão deste trabalho, sabendo lidar com as minhas dificuldades mesmo diante de um turbilhão de outros compromissos, revelando sua total generosidade e solidariedade.

Ao meu colega que por muitas vezes formou dupla comigo, Jonathan William, por ser meu braço direito tantas e tantas vezes para que os trabalhos diários pudessem ser concluídos.

Ao meu quarteto fantástico, minhas 'fuihas', Hanna, Lana, Úrsula, Igina, em especial à Izabel por ajudar-me sempre que requeri. Obrigada minha comadre pelos empréstimos, apoios e carinhos, por sempre estar presente, ainda que em meio a distâncias. Obrigada, amigas!

## EPÍGRAFE

*“Tenha bom ânimo e coragem: você vencerá todas as dificuldades!”*

*A vida apresenta-nos problemas às vezes difíceis. Mas dificuldade superada é problema resolvido. Jamais desanime: você há de vencer galhardamente todos os problemas que se lhe apresentarem.*

*Se o problema for complexo, divida-o em partes, e vença cada uma delas separadamente. Mas não desanime jamais!”*

Linartt Vieira

## SUMÁRIO

	<b>RESUMO .....</b>	<b>7</b>
	<b>ABSTRACT .....</b>	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
2.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO .....	10
2.2	ORDENAMENTO JURÍDICO: DA LEI DE EXECUÇÃO PENAL À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP) .....	13
2.3	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO BRASIL E NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE .....	16
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>27</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>
	<b>ANEXO A .....</b>	<b>30</b>



## ARTIGO DE REVISÃO

### **Atenção à saúde nas unidades prisionais do Rio Grande do Norte: análise documental.**

#### *Health care in prison units of Rio Grande do Norte: documental analysis.*

*Luana Rayane Gomes de Lima*

Graduanda do Curso de Odontologia – Universidade Federal Do Rio Grande do Norte

*Iris do Céu Clara Costa*

Professora Doutora - Universidade Federal Do Rio Grande do Norte

*Edna Maria da Silva*

Professora Doutora - Universidade Federal Do Rio Grande do Norte

#### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O Sistema prisional é o sistema de encarceramento dos condenados por crimes contra a sociedade. As pessoas privadas de liberdade possuem direitos sociais garantidos, dentre os quais a saúde, assegurada por dispositivos como a Constituição Federal e pela Lei de Execução Penal, que apesar de completas e humanitárias, sua aplicação se apresenta de forma falível frente a atual crise carcerária. **OBJETIVOS:** Evidenciar o problema da atenção à saúde dos encarcerados, analisando o que é assegurado pelas legislações pertinentes e a realidade dos presos no Rio Grande do Norte em relação às leis nacionais, principalmente no que concerne ao Direito à Saúde. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo, do tipo análise documental, feita pela leitura e interpretação de documentos, dados e legislação acerca do tema, cujos dispositivos tem por finalidade garantir a plena assistência dos apenados. **RESULTADO:** Detectou-se que a assistência à saúde, apesar de prevista em instrumentos legais, não tem assegurado a confirmação desse direito. No estudo comparativo em dimensão nacional, com o caso específico do Estado, observa-se que as ações preventivas e/ou curativas nos ambientes prisionais não são concretizadas em função de deficiências quantitativas de equipes de saúde, assim como de infraestrutura. **CONCLUSÃO:** A Atenção à saúde prisional apresenta um avanço com a promulgação de legislação específica, mas sua implantação plena carece de reestruturação nas unidades prisionais e engajamentos dos municípios com estas. Nesse sentido, os dados da saúde prisional do Rio Grande do Norte, evidenciam a necessidade de se concretizar a aplicação das garantias legais, de modo que possa investir mais na saúde dos presos, melhorando a qualidade da assistência à saúde nos presídios.

**Palavras-chave:** Assistência Médica. Assistência odontológica. Atenção à Saúde. Prisões.

#### **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The prison system is the system of incarceration of those convicted of crimes against society. The individuals included there have guaranteed social rights, including healthcare, guaranteed by the Federal Constitution and the Law of Criminal Execution (LEP), although complete and humanistic, they're presented fallible before the current prison crisis. **OBJECTIVES:** Demonstrate the problem of prisoners' healthcare, analyzing what is ensured by the relevant legislation parallel to the reality of prisoners in Rio Grande do Norte when related to national laws, especially regarding the right to Healthcare. **METHODOLOGY:** A qualitative study, documental analysis type of study, done by reading and interpreting of documents, data and legislation on the subject, devices whose purpose is guaranteeing full assistance to the convicts. **RESULT:** It was found that the right to healthcare is not confirmedly ensured, although it's foreseen in legal instruments. In the comparative study in national dimension, specifically concerning the State, it is observed that preventive and / or curative actions in prisons are not accomplished due to quantitative defaults on health work teams, as well as in infrastructure. **CONCLUSION:** Healthcare in prison presents progress with the constitution of specific legislation, but its full implementation requires restructuring of prison units and municipalities' engagement with them. Thus, data on prisons in Rio Grande do Norte have shown the need to implement legal guarantees, so the State can invest more in prisoners' health, improving the quality of healthcare in prisons.

**Key words:** Medical Assistance, Dental Care, Health Care, Prisons.

## **1 INTRODUÇÃO**

O estudo sobre a saúde dos presidiários no Sistema Prisional, parte do pressuposto básico de que todo o ser humano, sem nenhuma distinção, tem direitos sociais, dentre eles o direito à saúde. O acesso da população carcerária às ações e serviços de saúde é garantido constitucionalmente e respaldado por leis específicas. Por ser um direito social, a competência é dos poderes públicos, os quais devem regulamentar, fiscalizar e controlar a sua execução. Desta forma, devem desenvolver políticas públicas de saúde a serem implementadas através de programas, projetos e estratégias, que possam garantir aos indivíduos a prestação de ações e serviços de saúde nos seus diferentes níveis de atenção, vislumbrando a prevenção, reabilitação e recuperação dos agravos à saúde.

A motivação da escolha desse tema consiste na escassez de trabalhos sobre o mesmo e como ainda a sua relevância para o âmbito da saúde, já que ao se falar em sistema carcerário brasileiro está se tratando, segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), de uma população Nacional com mais de 700.000 (setecentos mil) e estadual de mais de 8.000 (oito mil) indivíduos presos que diante das particularidades do sistema prisional precisa de uma assistência diferenciada e com profissionais capacitados para lidar muitas vezes com um ambiente peculiar e com indivíduos que em razão de suas condutas foram temporariamente afastados do convívio social. (BRASIL, 2018)

Entende-se que o presente estudo seja relevante principalmente porque poderá suscitar reflexões e dados que possam contribuir com a organização da assistência à saúde no Sistema prisional do Estado do Rio Grande do Norte. Ademais, buscará o entendimento de garantias do direito do preso à saúde e um repensar do Poder Público quanto ao cumprimento das normas que garantem este direito, com ênfase numa atenção à saúde condizente com o princípio constitucional da igualdade e os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde como a universalidade, integralidade e equidade.

Dito isto, os objetivos deste trabalho são: analisar como acontece a organização da assistência à saúde no sistema Prisional no Estado do Rio Grande do Norte; conhecer as unidades prisionais que integram o sistema prisional do Estado; verificar o tipo de assistência prestada nessas Unidades Prisionais; verificar a aplicabilidade da Lei e as conexões com o sistema de saúde vigente e os princípios doutrinários do SUS.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO**

Sistema Prisional é o sistema de encarceramento dos condenados por crimes contra a sociedade. Pode-se dizer que é o conjunto de normas elaboradas pelo Estado com a função de

disciplinar o cotidiano e a administração dos presídios, organizar a execução das penas privativas de liberdade e definir os fundamentos da sanção. Assim, tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado. Para que tal objetivo seja alcançado, é necessária a aplicação de meios preventivos e curativos *in loco*, assegurando o acesso das pessoas presas às ações de saúde, educação, profissionalização e trabalho. (IBAIXE JÚNIOR, 2010).

Considerado o tema dos direitos dos apenados no Brasil, percebe-se que o país passou por vários ordenamentos jurídicos até alcançar o que hoje é um dos mais completos e modernos desde então: a Lei N.º. 7.210 de 11 de julho de 1984, conhecida como LEP — Lei de Execuções Penais, que reconhece e tem como um de seus princípios os direitos humanos dos presos, garantindo a eles, dentre outras coisas, a individualização das penas, assistência médica, jurídica, social, educacional e religiosa, além da possibilidade de penas alternativas, os quais tiveram direitos ainda mais corroborados com o advento da Constituição Federal de 1988.

A Lei nº 7.210/84 (Lei de Execução Penal – LEP) é uma norma que tem por objetivo regular os direitos e deveres do preso, bem como a sua relação com o Estado e a sociedade, estabelecendo regramentos fundamentais que devem ser aplicadas durante todo o período de cumprimento da pena. Por isso recebeu o nome de “Carta Magna dos detentos”. É atualmente considerada uma das leis mais avançadas do país por estabelecer normas e direitos eficientes, principalmente, no que se refere à ressocialização do preso. (DIAS, 2008, p. 1).

Não obstante, os inúmeros direitos adquiridos por este segmento populacional no Brasil são visíveis e muitos desses são meros ideais normativos, já que na realidade prática nada ou apenas uma pequena parcela do que lhes são garantidos é cumprido, como pode ser visto fácil e frequentemente na mídia escrita, televisiva e falada.

Vastos são os problemas enfrentados pela população carcerária: a exemplo de problemas clássicos como falta de estabelecimentos prisionais e consequente superlotação; falta de assistências essenciais, como a jurídica, levando algumas vezes a dificultar mecanismos para a ressocialização, como por exemplo, a progressão de regime, uma vez que não havendo defensores públicos suficientes o período para a aquisição desses benefícios se tornará extremamente longo, chegando alguns a ultrapassarem o tempo superior da pena; falta de assistência ao egresso, deixando-os desorientados com o preconceito e a falta de oportunidade fora dos presídios; assistência a saúde, que é falha em razão da ausência das equipes multidisciplinares mesmo em casas penais de maior porte, levando ao sofrimento prolongado em caso de doença e ocasionando a necessidade do deslocamento dos apenados em busca de atendimento extramuro; ausência de alimentos e materiais que deveriam ser garantidos pelo Estado e que em muitos casos é fornecido pelos familiares dos apenados, que tomam para si esta responsabilidade a fim de aliviar o sofrimento daqueles.

Portanto, tomando por fundamento o ordenamento jurídico brasileiro, dando ênfase principalmente a LEP, o trabalho em questão analisará os aspectos ligados à saúde dos detentos no Estado do Rio Grande do Norte, ressaltando em meio a tantos outros temas a ineficiência no atendimento do direito à saúde que é inerente a toda e qualquer pessoa. Por fim, analisando a quase utópica humanização e ressocialização dos apenados numa realidade atual quase que desumana, discutiremos às questões ligadas a vida precária de um preso, relatando um esforço comum que possibilite a inserção dos mesmos no seio da sociedade e a concreta aplicação das disposições humanitárias contidas no ordenamento jurídico nacional, tais como o direito à saúde e, dentre este, a saúde bucal.

Os séculos XVI e XVII foram marcados pelo cenário da pobreza, miséria e guerras na Europa, além de distúrbios religiosos, expedições militares, crises feudais e devastações de países, fatores que contribuíram para o aumento da criminalidade e da delinquência. (BEZERRA, 2010).

Em consequência, na metade do século XVI, houve a necessidade de iniciar um processo de reforma das penas privativas de liberdade, as quais passaram a ter finalidade de recuperar o preso e desestimular o cometimento de novos crimes, através de trabalho e disciplina e da construção de estabelecimentos destinados a correção do preso como afirma Foucault (2000).

O significado atual das prisões, como explica Geder Gomes (2008 p. 30) surgiu por volta do século XVI na Europa através da criação de casas de correção, que tinham por finalidade aprisionar bêbados, prostitutas, desocupados, e outros também excluídos da época. Conforme o autor, em 1552, em Londres foi inaugurado a “House Of Correction”, que seria a primeira instituição prisional.

Houve, do mesmo modo, influência dos estabelecimentos de Amsterdã e dos Bridwells ingleses, além de instituições similares estabelecidas na Alemanha e na Suíça, com a implantação dos primeiros sistemas penitenciários. Esses estabelecimentos serviram de marco para o nascimento da pena privativa de liberdade, bem como abandonaram a utilização da prisão como meio de custódia.

Foi em meio a essa época que surgiram as primeiras casas de trabalhos, em 1697 na Worcester, e em 1777 no Lublin, ambas na Inglaterra, entretanto nenhuma delas consideradas casas de correção propriamente ditas. Somavam vinte e seis no final do século XVII. Os presos aprisionados nessas casas eram divididos em classes: os condenados ao confinamento solitário, os criminosos de faltas graves na prisão, os bem conhecidos e os delinquentes idosos.

No século XVIII, começa a ter raízes o Direito Penitenciário, em que a pessoa do condenado não deveria mais ser submetida às torturas e aos castigos desumanos, passando a ter sua dignidade respeitada. O Direito Penitenciário resultou da proteção do condenado, baseando-se na exigência ética de respeitar a dignidade do homem como pessoa moral (FOUCAULT, 2000).

Desse modo, nota-se que na Idade Moderna é que realmente se tem a pena privativa de liberdade e um sistema prisional, pois, antes disso, o que existia na prática penal eram as torturas e as detenções em calabouços com intenção de levar à morte.

No Brasil o primeiro ordenamento jurídico vigente que tratava sobre as prisões eram as Ordenações Afonsinas, contemporânea ao descobrimento do Brasil, mas utilizavam-se outros direitos, como o Direito Romano, do Direito Canônico e do Direito Consuetudinário.

As prisões brasileiras naquela época era uma forma de custódia, com o intuito de evitar que os presos fugissem até seu julgamento. A punição para os crimes eram realizadas de modo cruel, desumanas, violentas e diversas, dado o fato do país até então ser formado por Capitânicas Hereditárias e cada donatário aplicar o direito em seu território como bem entendesse.

As Ordenações Manuelinas surgiram posteriormente visando corrigir e atualizar as Ordenações Afonsinas, embora não ter trazido nenhuma mudança significativa na área criminal, trouxe em seu corpo os primeiros traços da pena privativa de liberdade. Mas tarde, o procurador da Casa de Suplicação, Duarte Nunes Leão, uniu os textos normativos das Ordenações Manuelinas e as Leis Extravagantes, procurando facilitar a compreensão das pessoas que buscavam informações nesses textos.

Junto à Proclamação da República surgia, em 1890, o Código Penal, designando como penas privativas de liberdade às prisões: cela de reclusão, com trabalho obrigatório e a disciplinar.

A partir dos regimes jurídicos aplicados no Brasil, em 1940 despontou o Direito Penal vigente. É nele que se apresentam, inovações como aplicação da pena privativa de liberdade, em até trinta anos, a instituição da detenção; registrou, também, a colocação em prática do instituto do livramento condicional e da progressão de regime.

Em 1984, a reforma da Parte Geral do Código Penal trouxe um novo conceito, qual seja, o das penas alternativas, as quais seriam aplicadas no lugar de pena privativa de liberdade em crimes de menor potencial. As penas alternativas podem ser: prestações do serviço à comunidade, limitação de fim de semana, dentre outras.

Outro advento importante para a matéria foi a Lei 9.099/05, criadora dos Juizados Especiais Criminais, onde a pena de prisão deixou de ser regra, e passou-se a aplicar as penas restritivas de direitos a todos os crimes de cominação menor ou igual há um ano.

Historicamente vieram inúmeras inovações legais, conseqüentemente evoluções também no sistema prisional, desde as aplicações de penas violentas até a instituição de penas voltadas para a dignidade da pessoa humana, todavia essas inovações não impediram a implantação dos graves problemas instalados no sistema carcerário atual, necessitando assim, da exclusão das divergências que ocorrem entre as designações legais e o que estar sendo aplicado no mundo real dos condenados.

## 2.2 ORDENAMENTO JURÍDICO: DA LEI DE EXECUÇÃO PENAL À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)

Dentre os princípios basilares da Lei Maior, em face dos direitos e garantias fundamentais, é a Dignidade da Pessoa Humana que se assenta na dicção do artigo 1º, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas (ONU), mas no Brasil, somente consagrada reiteradamente a partir da Carta Política de 1988 em seu art.1, inciso III, pois anteriormente o país não detinha condições políticas para reconhecimento de direitos humanístico, devido ao período ditatorial.

A Carta Magna em seu art. 196, fala do que é pertinente ao direito à saúde, tratando-se de um direito público subjetivo, uma prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas, independente de sua condição de encarceramento ou não (BRASIL, 1988).

Assim discorre o Art. 196: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. (BRASIL, 1988).

Tal preceito é complementado pela lei 8.080/90, em seu artigo 2º: *“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”*. (BRASIL, 1988)

No tocante ao atendimento a saúde, a Lei de Execução Penal brasileira, no título II, capítulo II, art. 14, dispõe que a atenção à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, deve compreender atendimento médico, farmacêutico e odontológico; e quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover tal assistência, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção da instituição. (BRASIL, 1988)

É dever do Estado prover assistência à saúde dos presidiários. Porém, até o ano de 2003 não havia um plano que regulamentasse esse eixo assistencial, quando foi implementado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), e ficou estabelecida a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS). Porém características peculiares dessa parcela populacional requerem recursos humanos capacitados para atuarem com o perfil social encontrado no sistema Prisional (TETZNER et al., 2013).

Ocorre que como é feito os encarceramentos dos presos no Brasil, as limitações na vivência do cumprimento de suas penas, as limitações no acesso a saúde, limita proporcionalmente o retorno

à sociedade, bem como torna quase que impossível o acesso dos presos à saúde de forma integral e efetiva.

É nítido que apesar de normas que corroboram a necessidade de melhora na assistência aos encarcerados, desde leis e tratados nacionais como também internacionais, a efetivação do que é normatizado ainda está distante, o que reflete na saúde física e psíquica dos apenados.

Os Ministérios de Estado da Saúde e da Justiça instituíram mediante Portaria Interministerial nº1, de 02 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde e considerando leis e portarias anteriores que versam sobre meios, ações e serviços que buscam uma atenção integral à saúde da população carcerária brasileira.

A PNAISP nasceu da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), quando se constatou o esgotamento deste modelo, que se mostrou restrito por não contemplar em suas ações, entre outras coisas, a totalidade do itinerário carcerário – delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e, tampouco, penitenciárias federais (BRASIL, 2014).

A PNAISP apresenta como princípios norteadores em seu art. 3º:

- I - respeito aos direitos humanos e à justiça social;
- II - integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;
- III - equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;
- IV - promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas;
- V - corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território;
- e VI - valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade. (BRASIL, 2014)

Por sua vez, o Art. 4º demonstra suas diretrizes:

- I - promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança;
- II - atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional;
- IV - respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômicosociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero;



e V - intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde. (BRASIL, 2014)

Segundo GOIS et al. (2012), a homologação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) representou um avanço para o País, pois, pela primeira vez, a população das unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica, que regulamenta o acesso a ações e serviços que visam reduzir os agravos e danos provocados pelas condições de confinamento em que se encontram.

Dos 26 Estados e o Distrito Federal, o Brasil contava com 18 qualificados que aderiram ao PNSSP, e conforme diretrizes do SUS, desenvolveram ações de saúde no sistema prisional: Acre, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo e Tocantins (GOIS et al. 2012).

Em tese, os municípios qualificados ao PNSSP devem contar com equipes de saúde multiprofissionais, tendo como no mínimo de integrantes: médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e assistente social, devendo atuar nas unidades de saúde em estabelecimentos prisionais, e desenvolver ações de atenção básica. Entre as ações desenvolvidas estão o controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da mulher; acrescentadas de ações de saúde mental, DST/AIDS, ações de redução de danos, repasse da farmácia básica e realização de exames laboratoriais.

Dessa maneira, vem de forma clara a certeza de que é fácil cogitar possíveis soluções para as crises enfrentadas pelo sistema carcerário, incluindo a ausência de cobertura de saúde, porém a mais provável e plausível, apresentando-se como primordial é o respeito aos direitos dos presos. Se os dispositivos e garantias vigentes fossem realmente aplicados, grande parte dos problemas atuais não existiria, tornando real a possibilidade readaptação os presos, trazendo para próximo à condição de dignidade.

### 2.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO BRASIL E NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

No que tange a comparação com as populações carcerárias de outros países, observa-se que o Brasil ocupa a terceira posição no ranking, estando atrás apenas dos Estados Unidos (2.145.100 presos) e China (646.085), o que é agravado ainda mais quando é analisado que segundo o relatório do DEPEN, 89% dos presos estão em unidades com déficit de vagas, já que se verificou em 2016 o número negativo de 336.491 vagas no país.

Mediante a consolidação dos dados obtidos pelo Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias durante todo o ano de 2015 e o primeiro semestre de 2016, no Brasil foram contabilizados 726.712 (setecentas e vinte seis mil e setecentas e doze) pessoas presas, sendo 5,8% deste total composto por mulheres. (BRASIL, 2016)

O Estado do Rio Grande do Norte conta atualmente com 7.427 (sete mil, quatrocentos e vinte e sete) presos nas diversas formas de penas privativas de liberdade, cerca de 211,78 custodiados por 100 mil habitantes, sendo deste universo, 7.050 do sexo masculino e 377 do sexo feminino, 94,9% e 5% respectivamente.

Com relação ao perfil socioeconômico da população estudada, 55% dos indivíduos estão entre 18 e 29, 38% entre 30 e 45 anos; com relação a etnia 64% são negras; 75% não tem ensino médio e apenas 1% possui algum tipo de graduação.

Em meio aos dados apresentados e ao que é de conhecimento comum acerca da situação das unidades prisionais nacionais, a superlotação das celas, sua precariedade e insalubridade tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores estruturais, como também a má-alimentação dos presos, seu sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene e toda a lugubridade da prisão fazem com que o preso que ali adentrou numa condição sadia de lá não saia sem ser acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas (ASSIS).

Várias são as doenças que são encontradas nessa população, principalmente ligadas ao sistema respiratório, mas apresentando também um alto índice de hepatites, doenças sexualmente transmissíveis, com ênfase para ao alto numero de portadores de HIV.

Além dessas doenças, há um grande número de presos portadores de distúrbios mentais, de câncer, hanseníase e com deficiências físicas (paralíticos e semiparalíticos). Quanto à saúde dentária, o tratamento odontológico na prisão resume-se à extração de dentes. Não há tratamento médico-hospitalar dentro da maioria das prisões. Para serem removidos aos hospitais, os presos dependem de escolta da PM, a qual na maioria das vezes é demorada, pois depende de disponibilidade. Quando o preso doente é levado para ser atendido, há ainda o risco de não haver mais nenhuma vaga disponível para o seu atendimento, em razão da igual precariedade do nosso sistema público de saúde (ASSIS).

### **3 METODOLOGIA**

Esta pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa descritiva, ancorada em análise documental. Por *pesquisa qualitativa descritiva* entenda-se o tipo de pesquisa para quem busca o entendimento de fenômenos complexos específicos, em profundidade, de natureza social e cultural,

mediante descrições, interpretações e comparações, sem considerar os seus aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas. (SILVA; MENEZES, 2001).

Por sua vez, a análise documental é o tipo de pesquisa que tem o levantamento de documentos como base. É uma valiosa técnica de coleta de dados qualitativos. Assemelha-se à pesquisa bibliográfica, a qual utiliza a contribuição fornecida por diversos autores sobre um determinado assunto, enquanto na pesquisa documental, a coleta de informações é realizada em materiais que não receberam qualquer tipo de análise crítica. Neste tipo de pesquisa, os documentos consultados são, geralmente, classificados como fontes primárias e fontes secundárias. (MARCONI; LAKATOS, 2005).

A população/amostra refere-se aos apenados do regime fechado do sistema prisional do Estado do Rio Grande do Norte, considerando-se estes, aquelas pessoas privadas de liberdade no sistema prisional que cometeram delito com pena superior a 18 anos e que estão sob custódia do Estado provisoriamente, sentenciado ou em medida de segurança, conforme previsto no Código Penal e na Lei de Execução Penal e constitui uma amostra por conveniência ou intencional. Os dados foram coletados a partir dos documentos disponíveis como o PNSSP, PNAISP, e o sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro (INFOPEN), sendo a análise de dados uma análise descritiva do teor dos documentos fornecidos pelos órgãos competentes com relação à saúde, justiça e sistema prisional. Dentre tais documentos que serão pesquisados estão desde dados fornecidos por sites oficiais, como ainda as legislações vigentes que tratam principalmente da saúde dos presos, como a Lei de Execução Penal e a Portaria Interministerial nº1, de 02 de janeiro de 2014, e as leis que concernem ao direito universal à saúde da população brasileira. Valendo-se ainda de dados possivelmente fornecidos juntos as unidades prisionais, como prontuários, documentos de saída de apenados para atendimento extramuros.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O Estado do Rio Grande do Norte conta atualmente com 20 unidades prisionais, sendo duas delas unidades destinadas ao sexo feminino, uma Colônia Penal Agrícola e uma Unidade de Psiquiatria Forense, sendo as mesmas distribuídas conforme o Quadro 01. A maioria dos custodiados do Estado encontram-se localizados na região metropolitana de Natal e no Complexo Penal de Alcaçuz.

Quadro 01- Distribuição das unidades prisionais do Rio Grande do Norte, Natal –RN. 2018.

<b>Unidades prisionais</b>	<b>Município</b>
<b>Masculina</b>	
Centro de Detenção Provisória de Apodi	Apodi
Centro de Detenção Provisória de Ceará-Mirim	Ceará-Mirim
Centro de Detenção Provisória de Jucurutu	Jucurutu
Centro de Detenção Provisória de Macaíba	Macaíba
Centro de Detenção Provisória de Parnamirim	Parnamirim
Centro de Detenção Provisória da Zona Sul	Natal
Cadeia Pública de Caraúbas	Caraúbas
Cadeia Pública de Mossoró	Mossoró
Cadeia Pública de Natal	Natal
Cadeia Pública de Nova Cruz	Nova Cruz
Complexo Penal João Chaves	Natal
Complexo Penal Estadual Agrícola Mário Negócio	Mossoró
Complexo Penal Regional de Pau dos Ferros	Pau dos Ferros
Penitenciária Estadual Rogério Coutinho Madruga	Nísia Floresta
Penitenciária Estadual de Parnamirim	Parnamirim
Penitenciária Estadual Rogério Coutinho Madruga (Pavilhão V)	Nísia Floresta
Penitenciária Estadual do Seridó	Caicó
Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamentos	Natal
<b>Feminina</b>	
Centro de Detenção Provisória de Parnamirim	Parnamirim
Complexo Penal João Chaves	Natal

Fonte: <http://www.sejuc.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=89178&ACT=&PAGE=0&PARM=&LBL=SEJUC>. Acessado em: 18/09/2018

Por um longo período, mais precisamente até os primeiros anos do século XXI, eram escassos os dados disponíveis a respeito do sistema prisional e suas realidades. As poucas informações encontradas não apresentavam periodicidade e nem abordava tudo que abrange a questão. Somente com o advento da criação do InfoPen foi observada uma sensível mudança, possibilitando a produção de relatórios que mostram a realidade intramuros das unidades prisionais, principalmente a nível nacional.

O Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen) é um sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro. É atualizado pelos gestores dos estabelecimentos desde 2004, sintetiza informações sobre os estabelecimentos penais e a população prisional. Em 2014 foram realizadas diversas alterações na metodologia e no instrumento de coleta de

informações com vistas a aprimorar o diagnóstico do sistema prisional e, assim, possibilitar a elaboração de políticas públicas cada vez mais adequadas à realidade prisional (BRASIL, 2014).

A partir dos levantamentos nacionais das informações penitenciárias realizadas pelo Departamento Penitenciário Nacional, pode ser analisada a implantação e cumprimento de deveres do Estado relacionados aos encarcerados, inclusive a assistência à saúde.

Segundo os dados do InfoPen de junho de 2014, os recursos humanos dos estabelecimentos penais do Brasil contavam com 67.176 diversos profissionais, sendo da área da saúde, 659 enfermeiros, 1604 auxiliar e técnico de enfermagem, 825 psicólogos, 428 dentista, 280 técnico/auxiliar odontológico, 449 médicos - clínicos gerais, 37 ginecologistas, 187 psiquiatras, 33 médicos de outras especialidades e 89 terapeutas ocupacionais.

No Estado do Rio Grande do Norte existiam apenas 29 profissionais da área de saúde, dentre os quais: 07 enfermeiros, 14 auxiliares e técnicos de enfermagem, 2 dentistas, 1 técnico/auxiliar odontológico, 4 médicos - clínicos gerais e 1 psiquiatra.

Vale ressaltar que com relação às 462 unidades que contam com espaço para atendimento psicológico e psicólogo na época do levantamento, o Estado do Rio Grande do Norte continha apenas 01 unidade com esse tipo de atendimento. Assim, 796 estabelecimentos não contavam com psicólogo, 31 no RN. Com ao número de presos, 226.920 estão em unidades com psicólogos e 137.660 em unidades sem psicólogos, uma proporção de 01 profissional por 442 pessoas presas e no RN a proporção sobe para 7.042.

Por sua vez, dados do InfoPen de junho de 2016 mostraram que os recursos humanos dos estabelecimentos penais da área da saúde passaram a ser: 1.098 enfermeiros, 2.246 auxiliar e técnico de enfermagem, 1.165 psicólogos, 626 dentistas, 288 técnico/auxiliar odontológico, 567 médicos - clínicos gerais, 32 ginecologistas, 194 psiquiatras, 33 médicos de outras especialidades e 85 terapeutas ocupacionais. É visível ao aumento significativo dos servidores na atualização de 2016 do levantamento, mas é necessário observar que o número de encarcerado no primeiro levantamento era de 607.731, sendo de 726.712, um aumento de 118.981 (19,5%).

No tocante aos atendimentos na saúde é válido relembrar que a Lei de Execução Penal prevê, em seu art. 14, que 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. Lembrando que o levantamento de 2014 foi realizado pouco tempo após a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, política que inseriu formalmente as unidades prisionais na cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre os objetivos da PNAISP, está assegurar que cada unidade prisional seja um ponto integrante da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Verifica-se, contudo, que cerca de um terço (37%)

das unidades prisionais no Brasil tem módulo de saúde. Entre as unidades femininas, a porcentagem é maior: 52% dessas unidades têm módulo de saúde. Já nas unidades mistas, esse percentual chega a 42%; e nas masculinas, a 34% (BRASIL, 2014).

O que torna preocupante é observar que o número cai para apenas 17% das unidades para o cumprimento de pena de regime aberto ou semiaberto, apesar destes indivíduos poderem receber atendimento na rede comum, visto que sua pena permite poder passar o período diurno fora das prisões, embora nas unidades destinadas aos presos provisórios, 75% não possuíam módulos de saúde em 2014. No RN 56% dos apenados (3.915) estavam em unidades com módulos de assistência, ficando 3.132 em unidades sem módulo.

No levantamento do InfoPen atualizado, mediante os dados afirmar que 85% da população privada de liberdade em Junho de 2016 no Brasil encontrava-se custodiada em unidades que contam com estrutura prevista no módulo de saúde. Desta forma, 587.493 encarcerados estão em unidades com módulo de saúde e 102.017 em unidades sem módulo de saúde.

Nas 872 unidades prisionais que apresentaram dados de atendimento médico (69%), foram realizadas 309.296 consultas médicas. Do total de consultas, 72% foram realizadas no próprio estabelecimento e 28%, externamente. Considerando o número de pessoas privadas de liberdade nas unidades com informação sobre consultas médicas, estima-se uma proporção de 1,2 consulta por pessoa presa no semestre (BRASIL, 2014).

A porcentagem de unidades que prestaram informação no RN foi de 75%, tendo sido realizado no primeiro semestre de 2014 o número de 1.047 consultas médicas realizada externamente e 1.450 no estabelecimento, uma proporção de 0,5 consultas realizada no semestre por pessoa privada de liberdade. Outros atendimentos de saúde foram 820 consultas odontológicas, 452 exames e triagem, 21 cirurgias e 2.252 vacinas.

A informação apresentada no InfoPen 2016 refere-se às 1.067 unidades prisionais que informaram ter registros acerca dos procedimentos realizados. As unidades que tinham acesso a esta informação custodiam, ao todo, 542.720 pessoas, e essa será a amostra considerada para a análise dos atendimentos médicos. O Rio de Janeiro foi o único Estado que não informou dados acerca dos atendimentos/procedimentos médicos realizados. Ao todo, foram realizadas 572.385 consultas médicas ao longo do primeiro semestre de 2016, sendo que 78% delas foram realizadas dentro dos estabelecimentos prisionais. Nacionalmente, foram realizadas, em média, 1,1 consultas médicas para cada pessoa privada de liberdade ao longo do semestre (BRASIL, 2016). Comparando os dados dos dois levantamentos do InfoPen entre 2014 e 2016, é visível que as porcentagens aparecem muito próximas, não apresentando números significativos, ou pior, nenhuma melhora numérica.

A porcentagem de unidades que prestaram informação no RN foi de 75%, tendo sido realizado no primeiro semestre de 2016 o número de 853 consultas médicas realizada externamente e 1.648 no estabelecimento, mantendo uma proporção de 0,5 consultas realizada no semestre por pessoa privada de liberdade. Outros atendimento de saúde foram 741 consultas odontológicas, 1.229 exames e triagem, 14 cirurgias e 2.747 vacinas.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.271 de 2014, definiu a lista nacional de notificação compulsória de doenças e agravos. A Portaria prevê que notificações compulsórias devem ser inseridas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) desse Ministério. Frente a essa obrigação, buscou-se identificar o número de agravos e doenças nos estabelecimentos prisionais para compará-los com os dados do SINAN (BRASIL, 2014), conforme mostra o Quadro 02.

Quadro 02 - Agravos notificados entre os presidiários do Brasil e RN. Natal –RN, 2018.

<b>BRASIL - 49% das unidades apresentaram informações de notificação / Infopen 2014</b>						
HIV	Sífilis	Hepatite	Tuberculose	Outros	Pessoas presas nas unidades	Taxa de agravo para cada 1.000 pessoas presas
2.864	2.453	1.193	2.217	589	235.628	39,5
<b>RN - 53% das unidades apresentaram informações de notificação / Infopen 2014</b>						
HIV	Sífilis	Hepatite	Tuberculose	Outros	Pessoas presas nas unidades	Taxa de agravo para cada 1.000 pessoas presas
28	18	3	45	2	5.555	17,3

Fonte: <http://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terceira-relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acessado em: 18/09/2018

A análise comparativa entre os quadros permite constatar que as taxas de agravos à saúde, tanto no Brasil como no Rio Grande do Norte são elevadas (39,5 e 17,3) respectivamente, com ênfase nas DST's (doenças sexualmente transmissíveis) AIDS e Sífilis.

Ainda segundo o levantamento, foram identificadas 2.864 pessoas portadoras do vírus HIV. Esse total representa 1,21% do total de presos nas unidades que informaram o dado, o que equivale a uma taxa de incidência de 1215,5 pessoas soropositivas para cada cem mil presos, proporção sessenta vezes maior que a taxa da população brasileira total, de 20,476. Por seu turno, a taxa de pessoas presas com tuberculose é de 940,9, ao passo que na população total é de 24,4, frequência 38 vezes menor (DEPEN, 2014).

No que diz respeito aos dados referentes ao perfil epidemiológico da saúde bucal, verificou-se escassez de dados científicos, todavia dos estudos que tratam do tema ligados à saúde bucal,

destacou-se o de Rodrigues (2013), intitulado “A Saúde Bucal de Privados de Liberdade em Penitenciárias do Estado da Paraíba”. Este discorre sobre o CPO-D de 192 indivíduos (127 do sexo masculino e 65 do sexo feminino) obtidos em três penitenciárias da Paraíba, estado próximo ao RN, partilhando de muitas similaridades por serem estados próximos e de uma região peculiar como a Nordeste.

No referido trabalho foi encontrado na população feminina, a média geral da perda dentária de 11,36 dentes, representando o componente perdido do índice CPO-D com a média mais elevada. Foi verificada associação significativa de perda dentária com a satisfação com a saúde bucal ( $p=0,049$ ), autopercepção da necessidade de uso de prótese ( $p<0,001$ ), incômodo ao escovar os dentes ( $p=0,005$ ), dificuldades em falar ( $p=0,002$ ) e dificuldade em realizar tarefas rotineiras ( $p = 0,025$ ). Com relação ao uso e necessidade de prótese dentária, verificou-se que 29,2% das presidiárias utilizavam algum tipo de prótese, todas consideradas inadequadas para uso, e que 78,5% das reclusas necessitavam de reabilitação protética. Quanto à utilização de serviços odontológicos, apenas uma das presidiárias afirmou nunca haver consultado um dentista durante toda a vida. Das que se consultaram, 71,9% realizou a última consulta odontológica há menos de um ano, com metade destas realizadas no presídio, e a extração dentária sendo o motivo da última consulta para 40,6% das consultadas (RODRIGUES, 2013).

Na população masculina, o valor médio do índice CPOD foi de 19,72. Com relação aos seus componentes, observa-se que o componente cariado apresentou a maior média (11,06 +- 5,37), seguido dos componentes perdidos (7,20 +- 7,23) e obturado (1,46 +- 2,15), respectivamente. Foi verificada associação estatisticamente significativa entre CPOD com o valor entre 22 a 32, e as variáveis satisfação com saúde bucal ( $p = 0,002$ ), dificuldade para falar ( $p = 0,024$ ), vergonha ao falar ( $p = 0,004$ ) e sorrir ( $p<0,001$ ). Quanto a utilização de serviços odontológicos, apenas dois presidiários afirmaram nunca haver consultado com dentista durante toda a vida. Dos que se consultaram, 80% realizou a última consulta odontológica há menos de um ano, com a maioria dos atendimentos ocorrendo no presídio (80%), sendo o tratamento restaurador (32%), seguido da dor odontogênica (26,4%) e exodontia (17,6%), os principais motivos destes atendimentos (RODRIGUES, 2013).

Observaram-se altos índices entre os indivíduos presos, além da precária condição de saúde bucal verificada entre presidiários associada, dentre outros fatores, à exclusão social vivida pelos mesmos anteriormente à prisão. Esta realidade de exclusão é constatada na população penitenciária do Brasil, visto que no cenário do cárcere brasileiro, encontram-se, predominantemente, indivíduos jovens, com baixa escolaridade, pobres, com histórico de reincidência e cuja condenação em grande parte foi motivada por crimes contra o patrimônio e tráfico de entorpecentes (RODRIGUES, 2013).



O Sistema Prisional do Rio Grande do Norte vem ao longo dos últimos anos passando por uma urgente necessidade de reestruturação de todos os segmentos, havendo ausência de manifestação e de meios que levasse ao perfeito funcionamento, o que foi amplamente observado e que culminou nas rebeliões que ocorreram no início do ano de 2017, onde ficou explícito de forma nacional o declínio desse sistema no RN.

Com o advento das rebeliões ocorridas, em especial a de Alcaçuz, diversos foram os prejuízos sofridos pelo Estado, que em contrapartida viabilizou a atenção dos órgãos competentes para os problemas preexistentes no meio. Assim, mediante diversas demandas de setores engajados na Política de Segurança Pública e as diretrizes de Justiça e Cidadania, como aquelas presentes no termo de Audiência do Ministério Público (07/02/2017), foi elaborado o Plano Diretor do Sistema Penitenciário do RN, que contempla entre vários segmentos o da atenção à saúde.

O PLADISPE/RN verifica no cenário estadual quanto à reintegração social dos egressos do Sistema Prisional, dentre outras coisas: a necessidade da adesão de todos os municípios ditos prioritários para a implantação do PNAISP no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS (Natal, Parnamirim, Nísia Floresta, Mossoró, Nova Cruz, Caraúbas, Pau dos Ferros, Caicó, Assu, Ceará-Mirim, Apodi e Jucurutu).

Os objetivos estratégicos do PLADISPE/RN são: engajar os municípios prioritários na PNAISP; Promover ações de saúde de forma qualificada e humanizada, ampliando o acesso das pessoas privadas de liberdade em atenção básica, média e alta; reestruturar às instalações de saúde das unidades penitenciárias antigas; implantar e manter atualizado o sistema de informações em saúde prisional, integrando-o ao sistema nacional (E-SUS); desinstitucionalizar as pessoas privadas de liberdade e com transtorno mental em conflito com a lei.

Ocorre que apesar das metas propostas pelo PLADISPE/RN onde a maioria dos seus planos ligados à saúde estarem com previsão de conclusão em 2017, em 2018 ainda conta com 03 municípios prioritários sem adesão ao PNAISP: Caicó, Pau dos Ferros e Jucurutu, adesão que não é obrigatória, apesar de tratamos de uma Política pública.

Vale ressaltar, que apesar dos demais municípios estarem aderido, o Estado conta com apenas 05 unidades de equipes de saúde prisional: 02 em Parnamirim (uma tipo II e uma tipo III); 02 em Nísia Floresta (uma tipo II e uma tipo III); e a última em Mossoró, uma equipe híbrida que na realidade está no território estadual, mas é voltada para o atendimento dos presos da unidade Prisional Federal localizado no município.

Os tipos de equipe de cada unidade prisional são baseados na quantidade de encarcerados de cada estabelecimento penal, conforme portaria nº482 de 1º de abril de 2014 (Quadro 03).

Quadro 03 - Modelos de equipes segundo o numero de custodiados das unidades prisionais. Natal –RN, 2018.

<b>Unidades com até 100 (cem) custodiados:</b>
a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I; ou b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental;
<b>Unidades que mantêm entre 101 (cento e um) até 500 (quinhentos) custodiados:</b>
a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II; ou b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental;
<b>Unidades que mantêm entre 501 (quinhentos e um) até 1200 (um mil e duzentos) custodiados:</b>
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III.

Fonte: [http:// http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html). Acessado em: 18/09/2018

Conforme § 1º da supracitada portaria a Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I devem ter composição mínima: de I (um) cirurgião-dentista; II - 1 (um) enfermeiro; III - 1 (um) médico; IV - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; e V -1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal.

A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental terá a composição definida no § 1º deste artigo, acrescida no mínimo de: I -1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: a) assistência social; b) enfermagem; c) farmácia; d) fisioterapia; e) psicologia; ou f) terapia ocupacional.

§ 3º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II terá composição mínima de: I - 1 (um) assistente social; II - 1 (um) cirurgião-dentista; III - 1 (um) enfermeiro; IV - 1 (um) médico; V - 1 (um) psicólogo; VI - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; VII -1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal; e VIII - 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo:

a) assistência social; b) enfermagem; c) farmácia; d) fisioterapia; e) nutrição; f) psicologia; ou g) terapia ocupacional.

§ 4º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental terá a composição definida no § 3º deste artigo, acrescida no mínimo de: I -1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo:

a) assistência social; b) enfermagem; c) farmácia; d) fisioterapia; e) psicologia; ou f) terapia ocupacional.

Natal possui uma equipe cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), no entanto vê-se que é um número irrisório frente à quantidade de custodiados no município, o maior numero do Estado.

As demais unidades que não possui Atenção Básica em suas unidades ficam a mercê da disponibilidade das Unidades Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família da área dos estabelecimentos prisionais, visto que para o atendimento extramuros é preciso haver ainda um contingente de agentes suficientes nas unidades ou grupos de custódia para que haja atendimento.

O Quadro 04 apresenta os números atualizados segundo a Secretária de Estado da Saúde Pública, através da coordenação de saúde prisional, apresentando os municípios e a quantidade e os tipos de equipe ideais para o município.

Quadro 04 - Distribuição ideal do número de custodiados segundo a portaria nº482 de 1º de abril de 2014, por município no Rio Grande do Norte. Natal –RN, 2018.

<b>Municípios</b>	<b>Número de Custodiados</b>	<b>População</b>	<b>Tipo I</b>	<b>Tipo II</b>	<b>Tipo III</b>	<b>Total</b>
Ceará-Mirim	663	69.005	1	0	1	2
Caraúbas	216	19.692	0	1	0	1
Nísia Floresta	1.519	24.501	0	1	1	2
Natal	3.040	817.590	2	6	2	10
Macaíba	102	71.670	0	1	0	1
Parnamirim	877	214.199	2	1	1	4
Macau	43	29.446	1	0	0	1
Apodi	88	34.852	1	0	0	1
Patu	93	12.084	1	0	0	1
Santa Cruz	67	36.477	1	0	0	1
Nova Cruz	197	35.741	0	1	0	1
Parelhas	151	20.511	0	1	0	1
Currais Novos	99	42.934	1	0	0	1
Afonso Bezerra	600	10.841	0	0	1	1
Assu	88	54.031	1	0	0	1
Mossoró	743	266.758	1	2	0	3
Pau dos Ferros	245	28.197	1	1	0	2
Santana do Seridó	600	2.549	0	0	1	1
São Paulo do Potengi	63	16.149	1	0	0	1
Caicó	319	63.571	1	1	0	2
Jucurutu	90	17.749	1	0	0	1
Estado	9.903	3.228.198	16	16	7	39

Fonte: Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário do Rio Grande do Norte, setembro de 2018.

## 5 CONCLUSÃO

É perceptível o avanço na atenção à saúde dos custodiados no Brasil, que representam uma minoria historicamente marginalizada, principalmente no que tange a promulgação de leis que criam e direcionam à atenção básica junto às unidades penais.

Ao longo dos últimos anos os direitos sociais desses indivíduos vêm sendo visivelmente reconhecidos. No tocante ao Estado do Rio Grande do Norte-RN percebe-se que a atenção foi voltada para esse público alvo, essencialmente com o início das rebeliões de 2017. Porém, para alcançar o que pretende o PNAISP e o PLADISPEN/RN, os estados brasileiros, dentre eles o RN necessita de um processo de reestruturação das unidades prisionais, um maior engajamento dos municípios, visto que mesmo àqueles que aderiram à política do PNAISP, necessitam que suas equipes de saúde sejam cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES e dessa forma, possam cumprir o seu papel assistencial no nível da atenção básica em saúde, concretizando a aplicação das garantias legais que possam trazer de fato, melhorias à assistência a saúde no sistema carcerário estadual.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **O índice de reincidência entre réus condenados a medidas alternativas é quase a metade do porcentual dos que cumprem pena privativa de liberdade.** (2010). Disponível em: <<http://noticias.r7.com/brasil/noticias/estudo-aponta-que-reincidencia-cai-com-pena-alternativa-20100322.html>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

ASSIS, Rafael Damaceno de. **A realidade atual do sistema penitenciário Brasileiro.** Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos908/a-realidade-atual/a-realidade-atual.shtml>>. Acesso em: 26 jun. 2018

BARSAGLINI, R. Do plano à política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1429-1439, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312016000401429&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312016000401429&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 set. 2018.

BEZERRA, F. T. B. **Realidade do sistema penitenciário.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 12 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento nacional de informações penitenciárias atualização - junho de 2016.** Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; Departamento Penitenciário Nacional, 2016. Disponível

em:<[http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio\\_2016\\_22111.pdf](http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento nacional de informações penitenciárias atualização - junho de 2016**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; Departamento Penitenciário Nacional, 2014. Disponível em:<<http://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial N° 1**, de 02 de janeiro de 2014. Disponível em: <<http://atencobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114726-20141208112512pi-01-02-01-2014.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano nacional de saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_pnssp.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BRASIL. Gabinete Civil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 13 de jul. 1984. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm)>. Acesso em: 17 set. 2017.

CARPENA, M. L. **Uma visão de um presídio e seus habitantes**. Disponível: <[http://www.datavenia.net/artigos/Direito\\_Penal/carpena.html](http://www.datavenia.net/artigos/Direito_Penal/carpena.html)>. Acesso: 12 fev. 2012.

CARVALHO FILHO, L. F. **A prisão**. São Paulo: Publifolha, 2002.

DIMOULIS, D.; MARTINS, L. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

FOUCAULT, M. **“Vigiar e punir”**: história da violência nas prisões. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

GOIS, S. M. et al. **Para além das grades e punições**: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n5/a17v17n5.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

GOMES, G. L. R. **A substituição da prisão**: alternativas penais: legitimidade e adequação. Salvador: Podivm, 2008.

MIRABETE, J. F. **Execução penal**: comentários à Lei nº 7.210. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MORAES, A. **Direito constitucional**. 24. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MORAES, A.; SMANIO, G. P. **Legislação penal especial**. São Paulo: Atlas, 1999.

MOURA, D. V. **A crise do sistema carcerário brasileiro e sua consequência na ressocialização do apenado**. Disponível em:<<http://jusvi.com/artigos/40365/1>>. Acesso em: 08 mar. 2012.

RODRIGUES, I. S. A. **A saúde bucal de privados de liberdade em penitenciárias do estado da Paraíba**. Dissertação (Mestrado em odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.

TETZNER, E. et al. Odontologia no sistema penal. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 17, n. 3, 360-364, p. 2013.

## **ANEXO A - NORMAS DE INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

### **Revista Brasileira de Educação e Saúde (REBES)**

#### ROTEIRO PARA A ELABORAÇÃO DO ARTIGO

##### Línguas e áreas de estudo

Os artigos, revisões e relatos de experiências submetidos à Revista Brasileira de Educação e Saúde (REBES) podem ser elaborados em Português, Inglês ou Espanhol e devem ser produto de pesquisa nas grandes áreas de Educação e Saúde.

##### Composição sequencial do artigo

a) Título: no máximo com 18 palavras, em que apenas a primeira letra da primeira palavra deve ser maiúscula; entretanto, quando o título tiver um subtítulo, ou seja, com dois pontos (:), a primeira letra da primeira palavra do subtítulo (ao lado direito dos dois pontos) deve ser maiúscula.

b) Nome(s) do(s) autor(es):

- Deverá(ao) ser separado(s) por vírgulas, escrito sem abreviações, nos quais somente a primeira letra deve ser maiúscula e o último nome sendo permitido o máximo 6 autores
- Colocar referência de nota no final do último sobrenome de cada autor para fornecer, logo abaixo, endereço institucional, incluindo telefone, fax e E-mail:
- Em relação ao que consta na primeira versão do artigo submetida à Revista, não serão permitidas alterações posteriores na sequência nem nos nomes dos autores.

c) Resumo: no máximo com 250 palavras.

d) Palavras-chave: no mínimo três e no máximo cinco, não constantes no Título, separadas por pontos e com a primeira letra da primeira palavra maiúscula e o restante minúscula.

e) Título em inglês: terá a mesma normatização do título em Português ou em Espanhol, sendo *itálico*.

f) Abstract: no máximo com 250 palavras, devendo ser tradução fiel do Resumo.

g) Key words: terá a mesma normatização das palavras-chave.

h) Introdução: destacar a relevância da pesquisa, inclusive através de revisão de literatura, em no máximo 2 páginas. Não devem existir, na Introdução, equações, tabelas, figuras nem texto teórico básico sobre determinado assunto, mas, sim, sobre resultados de pesquisa. Deve constar elementos necessários que justifique a importância trabalho e no último parágrafo apresentar o(s) objetivo(s) da pesquisa.

i) Material e Métodos: deve conter informações imprescindíveis que possibilitem a repetição da pesquisa, por outros pesquisadores.

j) Resultados e Discussão: os resultados obtidos devem ser discutidos e interpretados à luz da literatura.

k) Conclusões: devem ser escritas de forma sucinta, isto é, sem comentários nem explicações adicionais, baseando-se apenas nos resultados apresentados.

## l) Agradecimentos (facultativo)

m) Literatura Citada: O artigo submetido deve ter obrigatoriamente 70% de referências de periódicos, sendo 40% dos últimos oito anos. Não serão aceitas citações bibliográficas do tipo apud ou citado por, ou seja, as citações deverão ser apenas das referências originais.

Para os artigos escritos em Inglês, título, resumo e palavras-chave deverão, também, constar em Português e, para os artigos em Espanhol, em Inglês; vindo em ambos os casos primeiro no idioma principal. Outros tipos de contribuição (Revisões e Relatos de Experiência) para a revista poderão ter a sequência adaptada ao assunto.

## Edição do texto

a) Processador: Word for Windows

b) Texto: fonte Times New Roman, tamanho 10. Não deverão existir no texto palavras em negrito nem em itálico, exceto para o título em inglês, itens e subitens, que deverão ser em negrito, e os nomes científicos de espécies vegetais e animais, que deverão ser em itálico. Em equações, tabelas e figuras não deverão existir itálico e negrito. Evitar parágrafos muito longos.

c) Espaçamento: simples entre o título, nome(s) do(s) autor(es), resumo e abstract; simples entre item e subitem.

d) Parágrafo: 0,75 cm.

e) Página: Papel A4, orientação retrato, margens superior e inferior de 2 cm e esquerda e direita de 2 cm, no máximo de 20 páginas não numeradas.

f) Todos os itens em letras maiúsculas, em negrito, alinhados à esquerda. Os subitens deverão ser em negrito e somente a primeira letra maiúscula.

g) As grandezas devem ser expressas no SI (Sistema Internacional) e a terminologia científica deve seguir as convenções internacionais de cada área em questão.

h) Tabelas e Figuras (gráficos, mapas, imagens, fotografias, desenhos)

- As tabelas e figuras com texto em fonte Times New Roman, tamanho 9-10, e ser inseridas logo abaixo do parágrafo onde foram citadas a primeira vez. Exemplos de citações no texto: Figura 1; Tabela 1. Tabelas e figuras que possuem praticamente o mesmo título deverão ser agrupadas em uma única tabela ou figura criando-se, no entanto, um indicador de diferenciação. A letra indicadora de cada sub-figura em uma figura agrupada deve ser maiúscula e com um ponto (exemplo: A.), posicionada ao lado esquerdo superior da figura. As figuras agrupadas devem ser citadas no texto, da seguinte forma: Figura 1A; Figura 1B; Figura 1C.

- As tabelas não devem ter tracejado vertical e o mínimo de tracejado horizontal. Exemplo do título, o qual deve ficar acima da tabela: Tabela 1. Estações do INMET selecionadas. Em tabelas que apresentam a comparação de médias, mediante análise estatística, deverá haver um espaço entre o valor numérico (média) e a letra. As unidades deverão estar entre parêntesis.

- As figuras não devem ter bordadura e suas curvas (no caso de gráficos) deverão ter espessura de 0,5 pt, podendo ser coloridas, mas sempre possuindo marcadores de legenda diversos. Exemplo do título, o qual deve ficar acima da figura: Figura 1. Perda acumulada de solo em função do tempo de aplicação da chuva simulada. Para não se tornar redundante, as figuras não devem ter dados constantes em tabelas. Em figuras agrupadas, se o título e a numeração dos eixos x e y forem iguais, deixar só um título centralizado e a numeração em apenas um eixo. Gráficos, diagramas (curvas em geral) devem vir em imagem vetorial. Quando se tratar de figuras bitmap (mapa de bit), a resolução mínima deve ser de 300 bpi. Os autores deverão primar pela qualidade de resolução das figuras, tendo em vista, boa compreensão sobre elas. As unidades nos eixos das figuras devem estar entre parêntesis.

## Exemplos de citações no texto



As citações devem conter o sobrenome do autor, que podem vir no início ou no final. Se colocadas no início do texto, o sobrenome aparece, apenas com a primeira letra em maiúsculo.

Ex.: Segundo Chaves (2015), os baixos índices de precipitação [...]

Quando citado no final da citação, o sobrenome do autor aparece com todas as letras em maiúsculo e entre parênteses.

Ex.: Os baixos índices de precipitação (CHAVES, 2015)

Citação direta

É a transcrição textual de parte da obra do autor consultado.

a) Até três linhas

As citações de até três linhas devem ser incorporadas ao parágrafo, entre aspas duplas.

Ex.:

De acordo com Alves (2015 p. 170) “as regiões semiáridas têm, como característica principal, as chuvas irregulares, variando espacialmente e de um ano para outro, variando consideravelmente, até mesmo dentro de alguns quilômetros de distância e em escalas de tempo diferentes, tornando as colheitas das culturas imprevisíveis”.

b) Com mais de três linhas

As citações com mais de três linhas devem figurar abaixo do texto, com recuo de 4 cm da margem esquerda, com letra tamanho 10, espaço simples, sem itálico, sem aspas, estilo “bloco”.

Ex.:

Os baixos índices de precipitação e a irregularidade do seu regime na região Nordeste, aliados ao contexto hidrogeológico, notadamente no semiárido brasileiro, contribuem para os reduzidos valores de disponibilidade hídrica na região. A região semiárida, além dos baixos índices pluviométricos (inferiores a 900 mm), caracteriza-se por apresentar temperaturas elevadas durante todo ano, baixas amplitudes térmicas em termos de médias mensais (entre 2 °C e 3 °C), forte insolação e altas taxas de evapotranspiração (CHAVES, 2015, p. 161).

Citação Indireta

Texto criado pelo autor do TCC com base no texto do autor consultado (transcrição livre).

Citação com mais de três autores

Indica-se apenas o primeiro autor, seguido da expressão et al.

Ex.:

A escassez de água potável é uma realidade em diversas regiões do mundo e no Brasil e, em muitos casos, resultante da utilização predatória dos recursos hídricos e da intensificação das atividades de caráter poluidor (CRISPIM et al., 2015).

SISTEMA DE CHAMADA

Quando ocorrer a similaridade de sobrenomes de autores, acrescentam-se as iniciais de seus prenomes; se mesmo assim existir coincidência, colocam-se os prenomes por extenso.

Ex.:

(ALMEIDA, R., 2015)

(ALMEIDA, P., 2015)

(ALMEIDA, RICARDO, 2015)

(ALMEIDA, RUI, 2015)

As citações de diversos documentos do mesmo autor, publicados num mesmo ano, são distinguidas pelo acréscimo de letras minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento, conforme a lista de referências.

Ex.:

Segundo Crispim (2014a), o processo de ocupação do Brasil caracterizou-se pela falta de planejamento e consequente destruição dos recursos naturais.

A vegetação ciliar desempenha função considerável na ecologia e hidrologia de uma bacia hidrográfica (CRISPIM, 2014b).

As citações indiretas de diversos documentos de vários autores, mencionados simultaneamente, devem ser separadas por vírgula, em ordem alfabética.

Vários pesquisadores enfatizam que a pegada hídrica é um indicador do uso da água que considera não apenas o seu uso direto por um consumidor ou produtor, mas, também, seu uso indireto (ALMEIDA, 2013; CRISPIM, 2014; SILVA, 2015).

a) Quando a citação possuir apenas um autor: Folegatti (2013) ou (FOLEGATTI, 2013).

b) Quando a citação possuir dois autores: Frizzone e Saad (2013) ou (FRIZZONE; SAAD, 2013).

c) Quando a citação possuir mais de dois autores: Botrel et al. (2013) ou (BOTREL et al., 2013).

Quando a autoria do trabalho for uma instituição/empresa, a citação deverá ser de sua sigla em letras maiúsculas. Exemplo: EMBRAPA (2013).

#### Literatura citada (Bibliografia)

As bibliografias citadas no texto deverão ser dispostas na lista em ordem alfabética pelo último sobrenome do primeiro autor e em ordem cronológica crescente, e conter os nomes de todos os autores. Citações de bibliografias no prelo ou de comunicação pessoal não são aceitas na elaboração dos artigos.

A seguir, são apresentados exemplos de formatação:

#### a) Livros

NÃAS, I. de A. Princípios de conforto térmico na produção animal. 1.ed. São Paulo: Ícone Editora Ltda, 2010. 183p.

#### b) Capítulo de livros

ALMEIDA, F. de A. C.; MATOS, V. P.; CASTRO, J. R. de; DUTRA, A. S. Avaliação da qualidade e conservação de sementes a nível de produtor. In: Hara, T.; ALMEIDA, F. de A. C.;CAVALCANTI MATA, M. E. R. M. (eds.). Armazenamento de grãos e sementes nas propriedades rurais. Campina Grande: UFPB/SBEA, 2015. cap.3, p.133-188.

#### c) Revistas

PEREIRA, G. M.; SOARES, A. A.; ALVES, A. R.; RAMOS, M. M.; MARTINEZ, M. A. Modelo computacional para simulação das perdas de água por evaporação na irrigação por aspersão. Engenharia Agrícola, Jaboticabal, v.16, n.3, p.11-26, 2015. <http://dx.doi.org/10.18378/rebes.v7i2.4810>.

#### d) Dissertações e teses

DANTAS NETO, J. Modelos de decisão para otimização do padrão de cultivo em áreas irrigadas, baseados nas funções de resposta da cultura à água. Botucatu: UNESP, 2009. 125p.

#### e) Trabalhos apresentados em congressos (Anais, Resumos, Proceedings, Disquetes, CD Roms)

WEISS, A.; SANTOS, S.; BACK, N.; FORCELLINI, F. Diagnóstico da mecanização agrícola existente nas microbacias da região do Tijuca da Madre. In: Congresso Brasileiro de Engenharia

Agrícola, 25, e Congresso Latino-Americano de Engenharia Agrícola, 2, 1996, Bauru. Anais ... Bauru: SBEA, 2010. p.130.

No caso de CD Rom, o título da publicação continuará sendo Anais, Resumos ou Proceedings mas o número de páginas será substituído pelas palavras CD Rom.

Outras informações sobre normatização de artigos

a) Na descrição dos parâmetros e variáveis de uma equação deverá haver um traço separando o símbolo de sua descrição. A numeração de uma equação deverá estar entre parêntesis e alinhada à direita: exemplo: (1). As equações deverão ser citadas no texto conforme os seguintes exemplos: Eq. 1; Eqs. 3 e 4.

b) Todas as letras de uma sigla devem ser maiúsculas; já o nome por extenso de uma instituição deve ter maiúscula apenas a primeira letra de cada palavra.

c) Nos exemplos seguintes de citações no texto de valores numéricos, o formato correto é o que se encontra no lado direito da igualdade:

10 horas = 10 h; 32 minutos = 32 min; 5 l (litros) = 5 L; 45 ml = 45 mL; l/s = L s<sup>-1</sup>; 27°C = 27 oC; 0,14 m<sup>3</sup>/min/m = 0,14 m<sup>3</sup> min<sup>-1</sup> m<sup>-1</sup>; 100 g de peso/ave = 100 g de peso por ave; 2 toneladas = 2 t; mm/dia = mm d<sup>-1</sup>; 2x3 = 2 x 3 (deve ser separado); 45,2 - 61,5 = 45,2–61,5 (deve ser junto).

A % é a única unidade que deve estar junto ao número (45%). Quando no texto existirem valores numéricos seguidos, que possuem a mesma unidade, colocar a unidade somente no último valor (Exemplos: 20 m e 40 m = 20 e 40 m; 56,1%, 82,5% e 90,2% = 56,1, 82,5 e 90,2%).

d) Quando for pertinente, deixar os valores numéricos no texto, tabelas e figuras com no máximo três casas decimais.

f) Os títulos das bibliografias listadas devem ter apenas a primeira letra da primeira palavra maiúscula, com exceção de nomes próprios. O título de eventos deverá ter apenas a 1ª letra de cada palavra maiúscula.

**RECOMENDAÇÃO IMPORTANTE:** Recomenda-se aos autores a consulta na página da Revista (<http://revista.gvaa.com.br/>) de artigos publicados, para suprimir outras dúvidas relacionadas à normatização de artigos, por exemplo, formas de como agrupar figuras e tabelas.

## DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Declaramos que concordamos com a submissão e eventual publicação na Revista Brasileira de Educação e Saúde (REBES), do artigo intitulado: \_\_\_\_\_, dos autores abaixo relacionados, tendo como Autor Correspondente o Sr. \_\_\_\_\_, que ficará responsável por sua tramitação e correção.

Declaramos, ainda, que o referido artigo se insere na área de conhecimento: \_\_\_\_\_, tratando-se de um trabalho original, em que seu conteúdo não foi ou não está sendo considerado para publicação em outra Revista, quer seja no formato impresso e/ou eletrônico.

Local e data

ORDEM DOS AUTORES NO ARTIGO

NOME COMPLETO DOS AUTORES

ASSINATURA

1  
2  
3  
4  
5  
6°

Obs.: O presente formulário deverá ser preenchido, assinado e enviado para o e-mail: [rvadsgvaa@gmail.com](mailto:rvadsgvaa@gmail.com).