

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Nancy Meriane de Nóvoa Lôbo

## **Análise do cuidado em saúde no sistema prisional do Pará**

Rio de Janeiro

2021

Nancy Meriane de Nóvoa Lôbo

**Análise do cuidado em saúde no sistema prisional do Pará**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, planejamento, gestão e cuidado em saúde.

Orientador(a): Dra. Margareth Portela.

Coorientador(a): Dra. Alexandra Sánchez.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Analysis of Health Care in the Prison System of Pará.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

L799a      Lôbo, Nancy Meriane de Nóvoa.  
              Análise do cuidado em saúde no sistema prisional do Pará / Nancy  
              Meriane de Nóvoa Lôbo. -- 2021.  
              97 f. : il. color. ; graf. ; tab.  
  
              Orientadora: Margareth Portela.  
              Coorientadora: Alexandra Sánchez.  
              Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
              Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.  
  
              1. Prisões - tendências. 2. Nível de Saúde. 3. Serviços de Saúde.  
              4. Tuberculose. 5. Armazenamento e Recuperação da Informação.  
              6. Análise de Dados. 7. Assistência Integral à Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.995098115

Nancy Meriane de Nóvoa Lôbo

**Análise do cuidado em saúde no sistema prisional do Pará**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, planejamento, gestão e cuidado em saúde.

Aprovada em: 23 de fevereiro de 2021

Banca Examinadora

Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Dra. Mônica Silva Martins

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Margareth Crisóstomo Portela (Orientadora)

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2021

Dedico esta obra à memória de Clélia Algaranhar, dentista e técnica em gestão penitenciária, que dedicou grande parte de sua jornada à melhoria da saúde pública e transformou a odontologia do sistema prisional paraense.

E a Carlos Alberto do Carmo que, como diretor do presídio, foi um incansável colaborador da equipe de saúde. Que sua postura firme e acolhedora e sua gestão competente seja inspiração para quem busca saúde humanizada no cárcere.

Recebam minha gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais, Guilardo e Graça, por tornarem a odontologia possível pra mim.

Ao meu irmão, Guilardo Jr., que mesmo diante de tantas dificuldades, foi o esteio de tudo que eu precisava cuidar quando eu decidi sair de Belém para tornar meus sonhos realidade. Eu não teria conseguido sem o teu apoio.

À Fiocruz e à ENSP, por me mostrar esta imensidão de conhecimento e tornar a pesquisa científica realidade na minha jornada. Eu tenho muito orgulho de fazer parte desta instituição

Ao Estado do Pará e sua Secretaria de Administração Penitenciária, por concordarem com meu afastamento para estudo e financiá-lo. Espero que o aprendizado do mestrado possa retribuir este investimento impactando positivamente a saúde prisional do Pará.

À minha família, nominalmente à Manuela e Ceres, por cuidarem de mim e de tudo que amo.

Aos amigos, que compreenderam a minha ausência e estiveram presentes nas alegrias e nos percalços do meu caminho.

Devo gratidão especial às minhas orientadoras. Dra. Margareth, sempre tão gentil com as minhas dificuldades, permitiu e incentivou que eu buscasse resposta às inquietações da minha rotina profissional. E dra. Alexandra, com seu notório conhecimento de saúde prisional, direcionou meus anseios dentro de caminhos possíveis da saúde prisional. Que sorte a minha estar amparada por vocês.

## RESUMO

Este estudo buscou mapear a oferta e produção/uso de serviços de saúde e a ocorrência de algumas condições de saúde no sistema prisional paraense. Trata-se de estudo ecológico, apresentado em série temporal, baseada em dados secundários de acesso irrestrito a partir de relatórios institucionais do sistema penitenciário, além de informações provenientes do Portal da Transparência do Pará, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Fundo Nacional de Saúde (FNS) e, a partir destes dados, também se analisou a consistência de alguns dados disponibilizados pelos relatórios analíticos do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Como resultados, observou-se uma população de maioria de jovens, negros e pardos, baixa escolaridade e sexo masculino. Houve uma significativa diminuição nos números de custodiados em prisão provisória. A incidência de tuberculose mostrou-se muito superior à média para população do estado e não houve correlação estatística entre o número de diagnósticos e consultas médicas. O número de consultas médicas, odontológicas e psicológicas variou de forma aleatória e fora dos limites quando inseridos em gráficos de controle estatístico. O potencial de cobertura das equipes de saúde prisional vinculadas aos SUS foi de no máximo 45,77%. Os dados apresentados nos relatórios do DEPEN revelaram-se bastante dissonantes quando confrontados com os demais. Mesmo trabalhando com dados secundários restritos e de confiabilidade variável, pôde-se lançar um novo olhar ao cuidado em saúde prisional, levantando questões que devem ser apreciadas com atenção para melhoria do cuidado em saúde prisional no Pará.

Palavras-chave: Saúde Prisional, Prisões, PNAISP, Gráfico de Controle Estatístico, Tuberculose.

## ABSTRACT

This study tried to map the provision and production / use of health services and the occurrence of some health conditions in the Pará prison system. This is an ecological study, presented in a time series, based on secondary data with unrestricted access from institutional reports of the penitentiary system, in addition to information from the Pará Transparency Portal, National Registry of Health Facilities (CNES), Sistema Information System for Notifiable Diseases (SINAN), National Health Fund (FNS) and, based on these data, the consistency of some informations available by the analytical reports of the National Penitentiary Department (DEPEN) was also analyzed. As a result, a population of mostly young people, blacks and browns, low education and male gender was observed. There was a significant decrease in the number of custodians in pre-trial detention. The incidence of tuberculosis proved to be much higher than the average for the state's population and there was no statistical correlation between the number of diagnoses and medical consultations. The number of medical, dental and psychological consultations varied randomly and outside the limits when inserted in statistical control charts. The coverage potential of prison health teams linked to SUS was a maximum of 45.77%. The data presented in the DEPEN reports demonstrated to be quite dissonant when compared to the others. Even working with restricted and variable reliability secondary data, it was possible to take a new look at prison health care, raising issues that must be carefully considered to improve prison health care in Pará.

Keywords: Prison Health, Prisons, PNAISP, Statistical Control Chart, Tuberculosis

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Distribuição da população prisional por sexo. Pará, maio 2012 – novembro 2018. .....	40
Gráfico 2. Distribuição da população prisional por faixa etária. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	40
Gráfico 3. Distribuição da população prisional por nível de escolaridade. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	41
Gráfico 4. Distribuição da população privada de liberdade segundo o tipo de regime de cumprimento de pena. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	42
Gráfico 5. Evolução do tamanho da população privada de liberdade em contraponto ao número de vagas no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	43
Gráfico 6: evolução da razão ppl/vaga da população total e segundo o sexo. ....	43
Gráfico 7. Evolução do percentual de custodiados trabalhando. Pará, maio 2012 – novembro de 2018. ....	44
Gráfico 8. Evolução do percentual de custodiados estudando. Pará, maio 2012 – novembro de 2018. ....	45
Gráfico 9. Evolução do número absoluto de profissionais de saúde no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro de 2018. ....	46
Gráfico 10. Evolução da razão de profissionais de saúde em diferentes categorias por 1000 pessoas privadas de liberdade. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	47
Gráfico 11. Gráfico de controle estatístico do número de atendimentos por dentista no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	48
Gráfico 12. Gráfico de controle estatístico do número de consultas por médico no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	48
Gráfico 13. Gráfico de controle estatístico do número de atendimentos por psicólogo no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	49
Gráfico 14. Evolução do número de atendimentos de saúde por categoria profissional no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	49
Gráfico 15. Evolução da soma do total de atendimentos de médicos, dentistas e psicólogos e ocorrência de mutirões assistenciais no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	51
Gráfico 16. Evolução da média anual de equipes de saúde prisional estadual e municipais. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	51

Gráfico 17. Evolução do percentual de cobertura das equipes de saúde prisional.....	52
Gráfico 18. Evolução do número de atendimentos anuais por categoria profissional no sistema penitenciário. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	53
Gráfico 19: Evolução da soma anual dos repasses ao Fundo Estadual de Saúde do Pará, segundo data de ordem de pagamento referente a atenção básica de saúde prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	53
Gráfico 20. Gráfico de controle estatístico da razão entre o número de novos casos no programa de tuberculose segundo o relatório “SUSIPE em Números” e o número de casos relatados no SINAN. Pará, maio 2012 – novembro 2018.....	55
Gráfico 21. Evolução mensal do número absoluto de agentes prisionais. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	57
Gráfico 22. Evolução da razão entre pessoas privadas de liberdade e agentes prisionais. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	58

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estatísticas descritivas da distribuição do tamanho da população prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018 .....	39
Tabela 2. Estatísticas descritivas das distribuições dos custodiados por tipo de regime de cumprimento de pena. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	42
Tabela 3. Estatísticas descritivas do número absoluto e relativo de pessoas privadas de liberdade trabalhando e estudando. Pará, maio 2012 – novembro de 2018. ....	44
Tabela 4. Estatísticas descritivas do total de profissionais de saúde em diferentes categorias no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	46
Tabela 5. Estatísticas descritivas da taxa de profissionais de saúde de diferentes categorias por 1000 pessoas privadas de liberdade. Pará, maio 2012 – novembro 2018.....	47
Tabela 6. Estatísticas descritivas da quantidade de atendimentos por profissional mensal no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	50
Tabela 7. Taxa de consultas odontológicas, psicológicas e médicas internas por 1000 PPL no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	50
Tabela 8. Correlação de Pearson entre o número de novos casos inseridos nos programas de saúde e atendimentos de médicos, dentistas e psicólogos. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	54
Tabela 9. Estatísticas descritivas de indicadores relativos à tuberculose no sistema prisional paraense. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	55
Tabela 10. Comparação de incidências de hanseníase e tuberculose no Pará, para população geral e PPL.....	56
Tabela 11. Estatísticas descritivas de percentual de consultas médicas internas, procedimentos odontológicos por atendimento, percentual de triagem psicológica no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	57
Tabela 12. Correlação de Pearson entre a taxa de dentistas, médicos, psicólogos e agentes prisionais por 1000 pessoas privadas de liberdade. Pará, maio 2012 – novembro 2018.....	58
Tabela 13. Correlação de Pearson entre as razões de atendimentos de saúde e agentes prisionais por 1000 pessoas privadas de liberdade. Pará, maio 2012 – novembro 2018. ....	59
Tabela 14: Comparação dos dados dos Relatórios Analíticos do DEPEN aos dos relatórios “Susipe em Números”.....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP/ENSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública
CNES	Cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde
DATASUS	Departamento de informática do sistema único de saúde
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EABP1	Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I
EABP1SM	Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental
EABP2	Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II
EABP2SM	Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental
EABP3	Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III
EABP3SM	Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III com Saúde Mental
EPEN	Equipe de Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário
FNS	Fundo nacional de saúde
INFOPEN	Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro
LEP	Lei de Execução Penal
LGBT/	Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, intersexuais entre outras
LGBTI+	orientações sexuais, identidades e expressões de gênero
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
PNAMPE	Política Nacional de Atenção a Mulheres em Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPL	Pessoas Privadas de liberdade
SEAP PA	Secretaria de Administração Penitenciária do Pará
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSIPE PA	Superintendência do Sistema Penitenciário do Pará

UBS	Unidade Básica de Saúde
UP	Unidade Prisional
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>ANTECEDENTES</b> .....	21
2.1	MOTIVAÇÕES PESSOAIS.....	21
2.2	VULNERABILIDADES DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE SAÚDE A ESSA POPULAÇÃO.....	23
2.3	LACUNAS NO CONHECIMENTO DOS ARRANJOS DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA PPL NO BRASIL E BASES DE DADOS DISPONÍVEIS.....	25
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	28
4	<b>MÉTODOS</b> .....	29
4.1	FONTE DE DADOS.....	29
4.1.1	<b>SUSIPE em Números</b> .....	29
4.1.2	<b>DEPEN</b> .....	30
4.1.3	<b>Portal da Transparência Pará</b> .....	30
4.1.4	<b>CNES</b> .....	31
4.1.5	<b>SINAN</b> .....	32
4.1.6	<b>Portal FNS e Site E-gestor</b> .....	33
4.2	ARMAZENAMENTO DOS DADOS.....	34
4.3	Procedimentos adotados em face da indisponibilidade ou necessidade de correção de dados.....	35
4.4	ANÁLISE DE DADOS.....	36
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	38
5	<b>RESULTADOS</b> .....	39
5.1	Sobre o Sistema Penitenciários Paraense sem os dados do DEPEN.....	39
5.2	Análise sobre a consistência dos Dados dos Relatórios Analíticos do DEPEN.....	59
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	61

7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
8	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	74
	APÊNDICE A: Variáveis originais, descrição e fonte de coleta.....	81
	APÊNDICE B: Variáveis construídas a partir dos dados originais, descrição e cálculo. ....	85
	APÊNDICE C: Comparação dos dados dos Relatórios Analíticos do DEPEN aos dos relatórios “Susipe em Números” (Dados completos). .....	88
	ANEXO A: Parecer de Dispensa de Análise Ética.....	98

## 1 INTRODUÇÃO

Ao redor do mundo a garantia do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade (PPL) tem se tornado norma. No Brasil, percebe-se esse movimento desde a Lei de execução Penal (LEP) (BRASIL, 1984), sacramentada na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), sendo continuamente legitimada pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) (BRASIL, 2003) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) (BRASIL, 2014).

Internacionalmente, a população carcerária tem um conjunto de vulnerabilidades em saúde. Presos estão entre as pessoas mais vulneráveis e marginalizadas da população mundial e tem a saúde debilitada na absoluta maioria das medidas de bem-estar (CROPSEY et al., 2012; ISMAIL; WOODALL; DE VIGGIANI, 2019). No Brasil, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias detalhado publicado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), em junho de 2017, mostra que das 726.354 pessoas privadas de liberdade no Brasil, 54,0% eram jovens até 29 anos de idade, 63,6% eram pretos ou pardos, 60,7% não chegaram a concluir o ensino fundamental e apenas 66,7% das pessoas presas estavam recolhidas em unidades com módulo de saúde.

Outro agravante é a superpopulação das prisões e as precárias condições estruturais dos estabelecimentos prisionais. No Reino Unido, por exemplo, o aumento da população prisional não foi acompanhado na mesma medida que a capacidade estrutural do sistema (ISMAIL, 2019). Assim, há o agravamento de condições patológicas previsíveis em situação de confinamento. É consenso entre os estudiosos que pessoas reclusas têm maiores taxas de problemas físicos e mentais (BENGOA et al., 2018; OPITZ-WELKE et al., 2018).

A assistência à saúde no sistema prisional constitui-se em tarefa extremamente complexa. Diante da realidade vigente, o profissional de custódia é essencial para qualquer movimentação dos encarcerados, mas, em alguns casos, pode haver conflitos de interesse entre as atuações de segurança e saúde (REPULLO, 2014), agravando ainda mais tal complexidade. E semelhantemente, a recepção de pacientes privados de liberdade em serviços extra muros sempre foi árdua e conflituosa, com limitações logísticas das equipes externas, mas também do próprio sistema prisional para o atendimento deste público (FERNANDES et al., 2014).

Ainda assim, há orientação de várias entidades internacionais para que a assistência à saúde às PPL seja prestada pelo sistema público de saúde ou, ao menos, na mesma condição que é prestada ao público geral (ANDRES LEHTMETS; JÖRG PONT,

2014; ENGGIST et al., 2014). Na Europa, Reino Unido, França e Noruega foram pioneiros em transferir tal responsabilidade para o Ministério da Saúde ou órgão correspondente (ISMAIL; WOODALL; DE VIGGIANI, 2019).

Pode-se dizer que há historicamente disputas e conflitos sobre a real responsabilidade em relação à saúde dos presos, como relatadas na Casa de Correção de Porto Alegre entre 1855 e 1888 (CESAR, 2015). A movimentação no sentido da incorporação dos cuidados de saúde pelas instituições destinadas a este fim é recente e já mostra resultados positivos. Mesmo quando não há diferença entre a taxa de profissionais por PPL, o uso de recursos e indicadores de qualidade são melhores para Unidades Prisionais (UP) cujos serviços de saúde estão sob a gestão do sistema público de saúde, com apoio dos Ministérios de Segurança e Justiça como mostra o exemplo espanhol (BENGOA et al., 2018).

Infelizmente é notório que a rotina da assistência à saúde no sistema penitenciário é marcada por uma série de dificuldades de acesso aos serviços (SANHUEZA; CANDIA, 2019). No Rio de Janeiro, os serviços de saúde, em pesquisa com componentes quantitativo e qualitativo, foram considerados insuficientes, de baixa resolutividade, tornando-se uma das maiores causas de insatisfação dos presos (MINAYO; CONSTANTINO; RIBEIRO, 2015). Em uma penitenciária de Minas Gerais, um estudo qualitativo relatou dificuldades no atendimento, preocupação com a transmissão de doenças, ausência de consulta e orientações sobre os serviços de saúde no momento do ingresso (VALIM et al., 2018). Neste contexto, a família desempenha um importante papel, muitas vezes essencial, para garantia do acesso à saúde (MARTINS et al., 2014), inclusive o acesso a medicamentos (CARDINS et al., 2019).

O Brasil apresenta um arcabouço legal bem desenvolvido com relação ao direito à saúde. O artigo 196 da Constituição (“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”) (BRASIL, 1988) é o marco legal mais enfaticamente usado em saúde pública, seguido pela Leis Orgânicas da Saúde, sejam elas Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b) e outras tantas que legitimam a garantia à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar da população prisional estar inserida nessas garantias, duas normativas organizam o acesso à saúde nas UP. O PNSSP (BRASIL, 2003) foi a primeira normativa brasileira a sistematizar a assistência à saúde para presos. A criação de equipes de atenção

à saúde do sistema penitenciário sob o manto do SUS fez com que houvesse expansão dos serviços, mas não da cobertura frente ao crescimento da população penitenciária, que se manteve em torno de 30% (SILVA, 2015).

O principal embaraço do PNSSP era que, apesar de aproximar a população penitenciária do SUS, grande parcela das PPL ficava de fora do seu escopo, como pessoas recolhidas em cadeias públicas, distritos policiais, presos do regime aberto e presos provisórios, que compõem uma enorme parcela das pessoas privadas de liberdade no Brasil (SILVA, 2015).

Assim, a PNAISP (BRASIL, 2014) surge corrigindo esta lacuna, sendo estendida àquela parcela da população prisional que antes não estava elegível ao cuidado de saúde. A Política credenciou várias equipes e UP no SUS (SOARES FILHO; BUENO, 2016), prevendo auxílio monetário. Entretanto, a habilitação facultativa de estados e municípios a esta política faz com que nem todas as atividades de saúde estejam sob a égide do SUS, favorecendo um emaranhado de espaços de saúde com vínculos profissionais e financiamentos diversos, onde frequentemente políticas do SUS não são incorporadas.

Apesar de se tratar de um grande público, a saúde das PPL ainda ocupa um lugar tímido na agenda do SUS. São 15 as decisões que envolvem normas de saúde produzidas para o cenário prisional de 1984 a 2015, que se tornaram os marcos de direitos fundamentais à população privada de liberdade (LERMEN et al., 2015). Atualmente a gestão da saúde penitenciária está vinculada à atenção básica, depois de percorrer caminhos incertos dentro do Ministério da Saúde (BATISTA E SILVA, 2016).

Na prática, mesmo profissionais que deveriam ter suas ações direcionadas a serviços de saúde, como psicólogos, têm suas funções extraviadas para exames criminológicos, o “que afasta grande parte dos profissionais de atuações mais inventivas e voltadas à garantia de direitos” (NASCIMENTO; BANDEIRA, 2018). Além disso, pode-se perceber a privação do direito à saúde como efeito ideológico da pena, relatado na Paraíba como uma das causas de atraso no diagnóstico da tuberculose (SOUZA et al., 2012).

Neste cenário, a própria estruturação da assistência à saúde prisional tem um desenho peculiar em cada unidade federativa, e a maioria dos estudos voltados à saúde das PPL é limitada a uma determinada doença, em uma determinada prisão, tornando difícil fazer inferências a partir das pesquisas disponíveis. Percebe-se ainda serem bastante desconhecidas as necessidades e as condições de saúde de pessoas encarceradas,

bem como seus determinantes estruturais, psicossociais e organizacionais (LAROUZE, 2015 apud SILVA, 2015).

Assim, também as políticas públicas de saúde brasileiras direcionadas a todas as PPL a partir de 2003 podem ter impacto variado entre os estados e mesmo dentro de cada um deles. A análise de dados que não correspondem ao total dos custodiados pode invisibilizar uma parcela expressiva da população carcerária.

Mesmo frente ao crescimento de estudos sobre os serviços de saúde nas últimas décadas (MARTINS; PORTELA; NORONHA, 2020), raros são aqueles que se dedicam à assistência à saúde no universo do sistema prisional. Nos Estados Unidos, exames admissionais (para doenças infecciosas, risco cardiovascular e de saúde mental), bem como a localização de serviços (intra ou extra muros) de internação, especialistas, diagnóstico e telemedicina, foram pesquisados junto aos gestores de todos os Departamentos de Correção e do Escritório Federal de Prisões através de entrevistas semiestruturadas via telefone. O estudo constituiu-se no primeiro passo para entender a estrutura e a provisão do cuidado em saúde (CHARI et al., 2016).

Estudos também são conduzidos pelos próprios gestores a fim de aperfeiçoar os serviços. Este tipo de abordagem aconteceu na Escócia em 2017, onde as PPL de todas as prisões do país foram entrevistadas sobre os serviços oferecidos, tempo de espera, contato com a família, atividades físicas, alimentação, prevalência de doenças, entre outros (CARNIE et al., 2017)

O *National Health Service* do Reino Unido realizou uma pesquisa sobre os serviços odontológicos em prisões da Inglaterra e País de Gales, através de entrevista com os gestores de todas as 118 prisões, sobre recursos humanos, equipamentos, controle de infecção, biossegurança, tecnologia da informação, promoção de saúde bucal, segurança, entre outros aspectos, identificando pontos chave que devem ser abordados e gerando uma série de recomendações (PATE et al., 2014).

No Brasil, percebe-se uma lacuna de conhecimento sobre o real funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional. Como a assistência à saúde se operacionaliza no sistema prisional? Como o cuidado evolui frente ao aumento da população a ser assistida? Os diferentes arranjos repercutem em condições estruturais diferentes? Como a produção de serviços progrediu no decorrer do tempo frente à Política Nacional implementada? O que afeta a produção de serviços? Quais diferenças são marcantes entre as unidades federativas? Existe um padrão na variação do atendimento?

Este conjunto de questões inspiram este projeto, que visa a explorar dados sistematicamente coletados no estado do Pará sobre a assistência à saúde no Sistema Prisional, considerar a sua consistência, compará-los com base de dados nacional e, em alguma medida, obter “insights” acerca das condições estruturais, processos organizativos e assistenciais vigentes.

### **Sobre Políticas de saúde específicas para a população carcerária**

A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde são marcos de garantias de saúde a todo cidadão brasileiro. Apesar de a Lei de Execução Penal (LEP) prever assistência médica, odontológica e farmacêutica, somente quinze anos após o reconhecimento da saúde como direito de todos foi que a evolução normativa trouxe a saúde prisional de um assunto de interesse e responsabilidade das políticas de segurança pública para responsabilização conjunta com as políticas sociais e de saúde (LERMEN et al., 2015).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), acompanhado de outros regulamentos surgidos no mesmo ano, descreveu pela primeira vez o elenco mínimo de ações em saúde no sistema penitenciário, estabeleceu normas de financiamento e a possibilidade de referenciar para a rede SUS (SILVEIRA, 2015). Em suma, foi o primeiro determinante de integração das PPL ao Sistema Único de Saúde.

Já em 2014, a PNAISP estendeu as ações de saúde prisional aos presos em regime aberto e também presos provisórios recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais, ratificou a integração do cuidado em saúde prisional com o sistema de saúde e também a inclusão de trabalhadores do serviço prisional e familiares das pessoas presas em estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2014).

Ainda que não haja dúvidas sobre a importância da PNAISP na evolução do cuidado em saúde prisional, sua formulação careceu de pesquisa epidemiológica abrangente (SILVA, 2015). Atualmente, somente para tuberculose a notificação nos bancos oficiais possui campo específico para PPL. Apesar da inclusão deste campo ser um apontamento inovador e essencial, para outras doenças de notificação compulsória não é possível identificar quais são procedentes de prisões, invisibilizando questões fundamentais de saúde nesta população.

Além disso, enquanto a PNSSP estabeleceu a composição de uma equipe mínima, redirecionou a atuação de psicólogos e assistentes sociais para cuidado em saúde, fomentou a pactuação com as secretarias de saúde estaduais e municipais e instituiu

incentivos financeiros, a PNAISP determinou a Unidade de Saúde Prisional como ponto de atenção da rede, expandiu os tipos de equipes, exigiu o cadastro de estabelecimentos e equipes no CNES e promoveu adequação do incentivo pecuniário (SCHULTZ et al., 2017).

Quanto às equipes de saúde prisional, é permitida uma composição híbrida, podendo ser composta de profissionais vinculados tanto à administração penitenciária quanto às secretarias de saúde pactuadas (SCHULTZ et al., 2017).

Acompanhando o PNSSP, e posteriormente a PNAISP, algumas recomendações merecem destaque, como o não uso de algema em parturientes, a Política Nacional de Atenção a Mulheres em Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e acolhimento da população LGBT em privação de liberdade (SCHULTZ et al., 2017).

Em que pese a extensa instrução para implementação das normativas de saúde prisional, sua operacionalização não é trivial nas rotinas das unidades prisionais ao redor do país. A realização de consulta inicial para diagnóstico de saúde previsto na PNAISP e orientação sobre o funcionamento dos serviços de saúde, por exemplo, não foi realidade durante o ingresso de PPL no estado de Minas Gerais (VALIM; DAIBEM; HOSSNE, 2018).

O próprio conhecimento sobre as normativas não é tangível a todos os executores da política, levando a contradições entre a legislação e a prática cotidiana (CALCAGNO, 2019). Mesmo reconhecendo esta limitação, somada a dificuldades para exigir seu cumprimento frente ao entrave que é a adesão facultativa de municípios, a expansão normativa e atual robustez do arcabouço legal sobre o cuidado em saúde para pessoas privadas de liberdade não deixa mais dúvidas sobre a responsabilidade do SUS perante este público.

## 2 ANTECEDENTES

O desenvolvimento deste estudo teve motivações pessoais, dada a inserção da autora como profissional de saúde do Sistema Prisional no estado do Pará, Brasil, mas, principalmente, originou-se do reconhecimento dos inúmeros desafios que se colocam na organização da oferta de cuidados de saúde à população carcerária, visando, numa perspectiva humanitária, à redução de desigualdades de tratamento amplamente observadas e, às vezes, até legitimadas. Mais frequentemente, estudos sobre a saúde de PPL têm centrado na comparação de indicadores epidemiológicos relativos a condições específicas em relação à população geral. O interesse na organização de serviços de saúde para atender essa população tem crescido mais recentemente, posto o agravamento de aspectos contextuais, em face do crescimento da população sem o aumento compatível da estrutura de acolhimento.

Este capítulo se organiza em três eixos: (1) as motivações pessoais da autora; (2) vulnerabilidades da população carcerária e a organização do cuidado de saúde a essa população; e (3) lacunas no conhecimento dos arranjos de oferta de serviços de saúde para PPL no Brasil e bases de dados disponíveis.

### 2.1 MOTIVAÇÕES PESSOAIS

Em 2008, após ser aprovada no primeiro concurso do Sistema Penitenciário do Pará, iniciei minhas atividades como dentista naquele ambiente que me foi, num primeiro momento, assustador: um presídio masculino. Minha família estava em pânico! Mas percebi que eu tinha muito a fazer, com um trabalho que eu amava. O que foi mais estranho, a princípio, era que não havia nenhum tipo de cobrança com relação à minha rotina de trabalho. Eu poderia atender quantos pacientes eu quisesse e não existia nenhum tipo de meta ou fiscalização sobre a minha capacidade de atendimento.

Vindo da iniciativa privada, foi impactante ver o quanto a minha força de trabalho era capaz de produzir em 6 horas diárias e o quanto de fato eu produzia. Poucos instrumentais, esterilização demorada em estufa e falta de auxiliar de consultório me deixavam de mãos atadas, com presos e servidores do sistema me parando pelos corredores pedindo atendimento.

Além do mais, o meu consultório era o único inscrito à época no PNSSP. Eu tinha, portanto, obrigação de fazer procedimentos que estavam na alçada das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entretanto, só me era possível fazer quatro extrações por dia e nada mais.

Solicitei material e instrumental por anos. Tentava debater o Plano Nacional e depois a PNAISP com a minha chefia. Argumentei várias vezes sobre os incentivos financeiros que o Ministério da Saúde concedia e dos quais não tínhamos nenhuma notícia para melhoria da rotina de atendimento. A Secretaria de Saúde do Estado deveria ser nossa retaguarda, mas as responsabilidades, que para mim pareciam óbvias, não eram tão simples nesta conversa.

Entendi muito rápido que, mesmo com a existência de uma política pública e um arcabouço legal robusto, produzir saúde para as pessoas privadas de liberdade seria uma tarefa que demandaria muito esforço. O SUS só era evidente para mim na obrigatoriedade do envio de relatórios mensais.

Foi a própria Superintendência do Sistema Penitenciário que licitou e comprou tudo que eu tanto pedia. Nunca tive apoio de um auxiliar de saúde bucal, profissional obrigatório nas normativas, mas recebi todo o material, instrumental e equipamentos necessários para fazer, além das extrações, também restaurações, curativos e limpeza. A partir daquele momento, meu consultório estava pronto para prestar todo atendimento odontológico de uma UBS.

Eu tinha uma equipe de segurança que me dava todo o apoio necessário, mesmo frente à quantidade ínfima de agentes prisionais para o tamanho daquela população carcerária. Minha produção aumentou consideravelmente. Cheguei a fazer dez atendimentos por dia sem esgotar minha carga horária. E a partir de então, tive curiosidade sobre como seria a rotina de atendimento nos outros consultórios dos presídios do Pará.

Todos os meses eu analisava o relatório que a então Superintendência do Sistema Penitenciário do Pará (hoje Secretaria de Administração Penitenciária do Pará – SEAP PA) disponibilizava no site institucional. Mesmo com aquele importante aporte, a produtividade de odontologia paraense me parecia muito baixa e instável, melhorando em um mês e caindo pela metade no mês seguinte sem nenhuma causa aparente. Evidentemente, eu conhecia a rotina de dificuldades daquela atividade. E era exatamente por isso que eu tinha certeza que aqueles números poderiam e deveriam ser melhores.

A rotina de trabalho ao lado de tais informações provocava uma série de inquietações. Por que a quantidade de procedimentos flutuava tanto? Seria assim em outros estados? Existiriam de fato grandes mudanças estruturais após o financiamento do PNSSP seguido da PNAISP?

Entretanto, as respostas não pareciam claras nos relatórios, mesmo buscando-se ratificar os dados apresentados, seja conferindo e confirmando a produção de odontologia junto à gestão, seja entrando em contato com o Portal da Transparência do Ministério da Saúde.

Assim surgiu a ideia de explorar os relatórios disponíveis para tentar entender melhor a assistência à saúde no Sistema Prisional a partir de um estudo científico mais detalhado.

## 2.2 VULNERABILIDADES DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE SAÚDE A ESSA POPULAÇÃO

Percebe-se que, apesar de estar sob a custódia do Estado, a população prisional tem seus cuidados de saúde historicamente desprezados. Dentre poucas certezas, pode-se dizer que a população prisional é extremamente vulnerável desde suas origens e tem maiores taxas de doenças que a população geral agravadas pela insalubridade da moradia (FRATER; BARTLETT, 2017; GIBSON; PHILLIPS, 2016).

Há de se frisar o porquê se falar tão insistentemente de vulnerabilidade quando se refere a PPL. A saúde reconhece a preponderância do aspecto social no adoecimento (CARMO; GUIZARDI, 2018). As características sociodemográficas mais prevalentes da população carcerária mostram uma superposição de vulnerabilidades como as econômicas, sociais e culturais, agravadas pelo cárcere, ambiente, em grande maioria, altamente precário, insalubre e superlotado (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

Tais condições são o prenúncio para a proliferação de epidemias e ao desenvolvimento de patologias e psicopatologias. Há uma prevalência consideravelmente elevada de casos de agravos transmissíveis, além dos não transmissíveis entre a população privada de liberdade brasileira (SOARES FILHO; BUENO, 2016), , interferindo inclusive na sua capacidade de acesso aos serviços de saúde. (OLIVEIRA et al., 2020).

Adicionalmente, a assistência à saúde no cárcere é repleta de particularidades. A aproximação com o público que precisa de cuidados é submetida a uma série de protocolos de segurança, o que faz, na maioria das vezes, com que o acesso de presos aos serviços de saúde aconteçam segundo o critério de prioridade definido pelos agentes prisionais ou outros profissionais de custódia (OLIVEIRA et al., 2018; POLLITT; WOOLLARD, 2019), muitas vezes com base em outros tipos de interesses que não propriamente a saúde (SÁNCHEZ; LAROUZÉ, 2016).

Assim, a percepção do adoecimento fica rotineiramente a cargo de pessoas não habilitadas para tal, o que é agravado pelo fato do rastreio de patologias no momento da admissão não ser usualmente uma rotina (FERREIRA; FERREIRA; CRAVO-ROXO, 2015). Há dificuldades na sustentabilidade da provisão dos serviços de saúde pelo sistema prisional, na referência para atenção especializada e na continuidade do cuidado (FERNANDES et al., 2018).

Criminologistas do Reino Unido relatam a crise do sistema prisional por pelo menos cinco décadas. Mesmo o treinamento intensivo das equipes não é suficiente enquanto a garantia do direito à saúde não estiver embutida na cultura e na estrutura das prisões (JEWKES et al., 2019).

A assistência à saúde dentro das prisões contempla formas de organização muito variadas ao redor do mundo, tendo estruturas diversas inclusive dentro da mesma nação. Há orientações internacionais para que a assistência dentro do sistema carcerário seja feita pelo sistema público de saúde do país ou, pelo menos, que possua os mesmos recursos disponíveis para a população geral.

Já existe uma movimentação global nesta direção. Reino Unido, França, Noruega e Escócia já transferiram os cuidados integralmente para o sistema público de saúde (FERNANDES et al., 2018; ISMAIL; WOODALL; DE VIGGIANI, 2019). Portugal já tem integração de dados com a plataforma do Ministério da Saúde em 100% das unidades prisionais (REPÚBLICA PORTUGUESA, [s.d.]). Na Austrália, algumas prisões têm seus serviços de saúde sob responsabilidade do sistema público de saúde, enquanto outras, estão a cargo do Departamento de Justiça, incluindo ou não contratação de serviços privados (PETTIT et al., 2019).

Assim como no maior país da Oceania, no Brasil, a assistência à saúde das PPL tem perfil misto. É feita pelo próprio sistema prisional na maioria das UP e, em algumas (poucas) unidades prisionais, a assistência à saúde é feita por uma equipe de saúde prisional vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) gerida diretamente pelo SUS. Também em parceria com o SUS são feitas consultas com especialistas, exames e internações. A PNAISP tenta estabelecer esta importante integração.

O cuidado em saúde à população privada de liberdade ainda necessita de muitos avanços. Além das gravíssimas condições de salubridade das prisões brasileiras, a organização dos serviços de saúde possui reconhecida debilidade e baixa resolutividade. Mesmo com apoio das famílias para busca de ações e serviços ofertados pelo Estado, as

rotinas de tentativas e insucessos aumentam mais ainda a vulnerabilidade social (PEREIRA, 2016).

Por tudo isso, pode-se perceber que a dificuldade de caracterização dos serviços prestados à PPL brasileira é um obstáculo à melhoria do cumprimento da responsabilidade do Estado quanto à garantia de saúde desta população. A reunião das informações disponíveis em um estudo e sua exploração minuciosa pode lançar um novo olhar sobre a organização do cuidado, incluindo uma visão crítica sobre os dados divulgados pelas instituições de custódia.

### 2.3 LACUNAS NO CONHECIMENTO DOS ARRANJOS DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA PPL NO BRASIL E BASES DE DADOS DISPONÍVEIS

O número de pesquisas sobre saúde no sistema prisional vem aumentando a partir da década de 1990 nos cinco continentes, destacando-se os Estados Unidos e Inglaterra. As pesquisas quantitativas para identificação de doenças como tuberculose, hepatites e AIDS e caracterização do perfil sociodemográfico da população encarcerada são as principais temáticas abordadas (GOIS et al., 2012).

Ainda que o número de produções científicas tenha aumentado, a pesquisa relacionada à PPL é tarefa árdua. O acesso a pacientes e profissionais depende de uma logística estrutural e de segurança nem sempre possível nas prisões ao redor do mundo. Por este motivo, é muito comum que seja avaliada apenas uma parcela da população ou uma determinada UP que tem o mínimo de suporte para receber quem se interessa por estudar o sistema.

Um exemplo fica muito claro em um estudo em Minas Gerais. Após negociação com a Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais (SEDS/ MG), os pesquisadores puderam considerar uma única Unidade Penal com equipe de saúde, liberada pela segurança do sistema prisional, e o subconjunto de presos que lá estudavam (MARTINS et al., 2014). Percebe-se que, apesar de se falar de saúde prisional, faz-se um retrato muito particular daquele segmento. Nem todas as unidades têm módulo de saúde, e o acesso ao serviço pode acontecer de maneira desigual para aqueles não inseridos em atividades educacionais e/ou laborais

Inúmeros estudos são restritos a uma única Unidade Prisional (AUDI et al., 2016; CORDEIRO et al., 2018; GARCÍA et al., 2019; JAKSON LUIS GALDINO DOURADO; RAILDA SABINO FERNANDES ALVES, 2019; OVIEDO-JOEKES et al., 2005).

Somado a isto, os limites desses estudos são agravados pela carência de informações sobre a população prisional e pela falta de padronização de dados de saúde durante o encarceramento (BUI; WENDT; BAKOS, 2019).

A busca de dados abrangentes sobre a forma o cuidado em saúde realizado é indispensável para o planejamento em saúde pública. No sistema carcerário, várias pesquisas têm se debruçado sobre dados de fontes secundárias para alcançar este fim, seja a partir dos dados de acreditação, como os realizados nas prisões norte americanas, seja a partir de dados de pesquisas anteriores ou dados institucionais financeiros e estruturais públicos do sistema prisional e do sistema de saúde (BENGOA et al., 2018; FRATER; BARTLETT, 2017; GIBSON; PHILLIPS, 2016; ISMAIL, 2019; MÜLLER et al., 2017; SANHUEZA; CANDIA, 2019).

Dados dos diferentes sistemas de informação do SUS têm sido amplamente utilizados em pesquisas, seja no campo da investigação em serviços de saúde, seja da epidemiologia. Entretanto, no que concerne à saúde prisional, estes dados são bastante desordenados e incompletos, uma vez que as instituições que prestam assistência à saúde das PPL não estão claramente definidas nos sistemas de informações do SUS, e grande parte da assistência à saúde no sistema prisional é feita pelas Secretarias de Justiça, Segurança e/ou Penitenciária.

Em alternativa, o DEPEN compartilha relatórios semestrais sobre a população prisional das Unidades Federativas brasileiras. Desde 2014, coincidindo com a promulgação da PNAISP, passou a ser apresentado um novo modelo de relatório com informações sobre o perfil da população carcerária e sobre a estrutura das unidades prisionais, profissionais existentes e assistência à saúde prestada. Com exceção de duas ocasiões, estão disponíveis até dezembro de 2019.

Em seu site, o Departamento Penitenciário Nacional esclarece que os dados apresentados são oriundos do INFOPEN, que é um programa de coleta de dados do Sistema Prisional Brasileiro, cujo preenchimento está sob a responsabilidade dos gestores estaduais, incluindo informações sobre o perfil das PPL, a estrutura de custódia, recursos humanos, logística, entre outros (DEPEN; MJSP, [s.d.]).

Além disso, o Sistema Penitenciário Paraense publica em seu site relatórios de gestão mensais chamados de “SUSIPE em números”, disponíveis desde maio de 2012. Nestes documentos há informações sobre a estrutura de custódia, movimentação da população carcerária, dados operacionais, perfil sociodemográfico da população

encarcerada, atividades de trabalho, educação e saúde, bem como novos investimentos em andamento no sistema carcerário do Pará (SEAP PA, [s.d.]).

As limitações do uso de dados secundários são amplamente conhecidas no meio acadêmico. Estudos analisados que utilizaram essa ferramenta mostram que a possibilidade da falta de dados importantes, imprecisões, superestimação ou subnotificação, por exemplo, são quesitos a serem levados em consideração (BENGOA et al., 2018; CHISINI et al., 2019; MÜLLER et al., 2017).

Sob outra perspectiva, entretanto, o uso de dados relacionados à totalidade do sistema prisional mitiga o problema de viés de seleção, aspecto importantíssimo frente a heterogeneidade dos serviços de saúde no sistema prisional. O emprego de informações disponíveis em relatórios e sites oficiais das instituições governamentais responsáveis pela custódia e assistência é, em si, relevante para considerações acerca dos processos e resultados do cuidado de saúde provido, e mesmo sobre a sua validade e confiabilidade, no sentido de seu aperfeiçoamento como dados para a gestão (SANHUEZA; CANDIA, 2019; THUM; BALDISSEROTTO; CELESTE, 2019).

Frente a tudo que foi exposto, em que pese uma política de saúde especificamente voltada à população privada de liberdade, percebe-se que os efeitos desta política não foram contabilizados, sendo incerta a atuação do SUS. A escassez de estudos abrangentes torna difícil a generalização de informações e a caracterização do cenário da saúde prisional de forma ampla.

Não se pretende aqui obter respostas definitivas sobre a saúde carcerária paraense, a implementação da PNAISP ou sobre a inclusão da população prisional no SUS. O que se almeja é realizar um estudo exploratório inicial do cuidado em saúde da população privada de liberdade no Pará e avaliar a consistência dos dados disponibilizados pelo DEPEN, visando identificar possíveis fragilidades e iniquidades de um sistema de saúde que se propõe ser único e universal a todos os brasileiros que dele precisam e, entretanto, não atravessa os portões de todas as prisões.

### 3 OBJETIVOS

O objetivo geral da pesquisa foi descrever o cuidado em saúde, focando na produção/ uso de serviços de saúde e na ocorrência de algumas doenças no sistema prisional paraense, além da comparação de informações presumivelmente análogas disponibilizadas em diferentes fontes de dados.

Objetivos específicos contemplam:

- Descrever a população prisional paraense;
- Descrever a cobertura potencial das equipes vinculadas ao SUS e repasses de recursos do Ministério da Saúde;
- Descrever a produção de serviços de saúde nas UP paraenses através do número de consultas realizadas e demonstrar sua variação ao longo do tempo;
- Descrever a incidência de tuberculose e compará-la com as informações disponibilizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- Explorar relações entre a incidência de doenças e a produção de cuidados de saúde no sistema prisional.
- Conferir a consistência dos dados dos relatórios analíticos do DEPEN relativos ao Pará para os quais haja informação compatível disponível nos relatórios “SUSIPE em números” e no portal da transparência do Pará.

## 4 MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como ecológico, na medida em que trata de dados agregados, e baseia-se em fontes secundárias de acesso irrestrito. Contempla um componente focado na análise do cuidado em saúde do sistema prisional paraense e outro componente que busca inspecionar os dados disponibilizados pelo DEPEN referentes ao Pará. Para tanto, buscou-se dados em várias fontes e fez-se análises estatísticas compatíveis com o atingimento dos objetivos propostos.

### 4.1 FONTE DE DADOS

#### 4.1.1 SUSIPE em Números

Foram utilizados os relatórios publicados mensalmente, de maio de 2012 a novembro de 2018, que estavam disponíveis no site institucional da atual Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Pará ([www.susipe.pa.gov.br/contente/seap-em-numeros](http://www.susipe.pa.gov.br/contente/seap-em-numeros)) em 12 de novembro de 2019. Tais dados permitem que séries temporais sejam analisadas.

A utilização dos dados até 2018 justifica-se pelo fato de, a partir de 2019, o formato do relatório ter sido modificado, não tendo grande parte das informações utilizadas para análise, como por exemplo o número de profissionais e atendimentos em saúde. Teve-se a ideia de entrar em contato com a SEAP e ir a campo buscar estas informações, entretanto, um novo método para coleta de dados, que passaria a acontecer em período muito posterior ao acontecimento dos fatos, deu margem à insegurança quanto a esta ação.

As variáveis de interesse coletadas são referentes ao perfil sociodemográfico e jurídico da população, incidência de doenças, profissionais de saúde e escolta, quantidade de consultas e alguns procedimentos de saúde. A partir delas, foram calculadas novas variáveis para análise como os percentuais de cada perfil (sexo, idade, etc.), proporção de trabalhadores de saúde e consultas relativos à população, quantidade de procedimentos mensais por profissional entre outros. Todas as variáveis, originais e calculadas, estão disponíveis no Apêndice A.

Os relatórios mensais disponibilizados pela SEAP PA têm suas informações mensais oriundas de mapas de atendimentos mensais preenchido pelos próprios profissionais executores, em período imediatamente posterior a ação, geralmente até o quinto dia útil do mês subsequente. Tais informações são computadas em nível central e

publicadas em seguida no site institucional. Esta celeridade é um ponto positivo para sua confiabilidade.

Sua construção foi acompanhada pessoalmente pela autora em vários momentos. Especificamente, os números relativos aos serviços de odontologia apresentados foram, em algumas ocasiões, conferidos junto aos gestores, com base os relatórios individuais dos profissionais, sempre mostrando-se consistentes. Também houve algumas consultas ao portal da transparência do Ministério da Saúde para certificação das informações de produtividade das atividades sob o manto do SUS.

#### **4.1.2 DEPEN**

Os relatórios sintéticos e analíticos do DEPEN são construídos pelo Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro (INFOPEN), através de formulário online preenchido pelos responsáveis de cada unidade prisional (“Infopen”, 2020). Estão disponíveis, além dos relatórios, bancos de dados que contém informações de todas as unidades prisionais brasileiras

Tais documentos estão disponíveis no site institucional (<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/—relatorios-analiticos /relatorios-analiticos>). Para comparação de dados, são adequados os do 1º e 2º semestre de 2014, 2º semestre de 2015, 1º e 2º semestre de 2016, 1º semestre de 2017 e 2º semestre de 2018 (vide 4.4 Análise dos dados, pag. 36), acessados em 18 de abril de 2020.

#### **4.1.3 Portal da Transparência Pará**

O número de agentes prisionais no sistema penitenciário do Pará foi contabilizado a partir de dados disponibilizados no Portal da Transparência do Estado do Pará ([www.transparencia.pa.gov.br](http://www.transparencia.pa.gov.br)), em 19 de março de 2020. Acessando-se as informações sobre servidores ativos, tem-se o Demonstrativo de Remuneração de Pessoal que está disponível somente a partir de 2013.

O relatório mensal é dividido em 4 (quatro) partes que possuem informações sobre o órgão, o nome, o tipo de vínculo, o cargo/função de cada um dos servidores do Estado do Pará. Na quarta parte, onde há informações referentes à Superintendência do Sistema Penitenciário/ Secretaria de Administração Penitenciária do Pará, foi contabilizado o número de agentes prisionais responsáveis pela custódia no sistema penitenciário paraense.

Cabe ressaltar que os números obtidos são referentes a servidores com o cargo de agente prisional, sem especificação sobre as atividades efetivamente desempenhadas, podendo estar destacados para custódia, escolta, portaria ou funções administrativas, dentre outras.

#### 4.1.4 CNES

As informações referentes às equipes de saúde prisional foram retiradas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Chegou-se aos quantitativos das equipes de saúde prisional acessando-se o TABNET DATASUS ([www.tabnet.datasus.gov.br](http://www.tabnet.datasus.gov.br)), onde é possível obter os dados da Rede Assistencial. Utilizou-se o seguinte caminho de busca:

- CNES- Equipes de Saúde;
- Estratégia de Saúde da Família e Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário;
- Abrangência Geográfica – Pará;
- Selecionando-se o tipo de gestão;
- Escolha das equipes (05 EPEN – Equipe de Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário; 50 EABP1 – Equipe Atenção Básica Prisional Tipo I; 51 EABP1SM – Equipe Atenção Básica Prisional Tipo I com saúde mental; 52 EABP2 – Equipe Atenção Básica Prisional Tipo II; 53 EABP2SM – Equipe Atenção Básica Prisional Tipo II com saúde mental; 54 EABP3 – Equipe Atenção Básica Prisional Tipo III).

Segundo Nota Técnica do CNES, as equipes de Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário são responsáveis pelo conjunto de ações de atenção básica que são desenvolvidas por equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar ou técnico de enfermagem e auxiliar de consultório odontológico), articuladas com as redes assistenciais de saúde. Essas equipes têm como atribuições fundamentais: planejamento das ações de saúde; promoção e vigilância; dentro de um trabalho interdisciplinar. Têm como público-alvo 100% da população penitenciária brasileira, recolhida em unidades masculinas, femininas e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

As informações disponíveis são geradas a partir dos dados enviados pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde através do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/SUS) e consolidadas no Banco de Dados Nacional

pelo DATASUS, conforme determina a Portaria MS/SAS nº 51 de 21/06/1995. Os dados do CNES foram acessados em 15 de abril de 2020.

A legislação prevê a quantidade de pessoas privadas de liberdade a serem assistidas por cada tipo de equipe. Entretanto, não se pode afirmar que a cobertura preconizada na PNAISP seja de fato realizada na rotina de atendimentos. Desta forma, utilizar-se-á neste trabalho o termo cobertura potencial, referindo-se à cobertura prevista na política nacional que normatiza estas atividades.

O cálculo da cobertura potencial foi feito levando-se em consideração a capacidade máxima de atendimento de cada equipe, segundo a Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014 e Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. Desta forma, foram admitidas como capacidade máxima de atendimento 500 pessoas para equipe EPEN<sup>1</sup>, 500 pessoas para equipe EABP2, 500 pessoas para equipes EABP2SM e 1200 pessoas para equipe EABP3. O cálculo utilizado segue abaixo.

$$\%cobertura = \left\{ \frac{[(n \text{ eq EPEN} * 500) + (n \text{ eq EABP2} * 500) + (n \text{ eq EABP2SM} * 500) + (n \text{ eq EABP3} * 1200)]}{populaçãototal} \right\} * 100$$

#### 4.1.5 SINAN

Dados referentes à tuberculose no sistema prisional paraense no período de maio de 2012 a novembro de 2018 foram obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no site TABNET DATASUS ([www.tabnet.datasus.gov.br](http://www.tabnet.datasus.gov.br)) no seguinte caminho:

- Informações de saúde (TABNET)
- Epidemiológicas e morbidade
- Casos de Tuberculose - Desde 2001 (SINAN)<sup>2</sup>
- Tuberculose - desde 2001<sup>3</sup>
- Abrangência Geográfica: Pará
- Selecionados por mês de diagnóstico.
- Selecionados “Pacientes institucionalizados- Presídios” e “Populações especiais- PPL”.

---

<sup>1</sup> A equipe tipo 05-EPEN foi excluída pela Portaria nº 99 MS/SAES de 7 de fevereiro de 2020, que redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES) (BRASIL, 2020).

<sup>2</sup> “Desde 2001” é a forma ‘ipsis litteris’ do link a acesso. Não se refere à uma data escolhida para pesquisa.

<sup>3</sup> Idem.

No período analisado foram utilizados dois modelos de ficha de notificação, uma que refere “Pacientes Institucionalizados- Presídios” e outra que nomeia “Populações especiais- PPL”. Durante o período estudado, entre 2012 e 2014, ambas as fichas foram utilizadas concomitantemente. Neste caso, utilizou-se a soma de notificações de pacientes institucionalizados em presídios e PPL. A partir de 2015, somente a ficha que utiliza o termo PPL passou a ser utilizada, sendo, portanto, a única forma de notificação utilizada.

Outro fato que deve ser levado em conta é quando se fala em pessoas reclusas em presídios, o termo, embora mal empregado, se referia às PPL de um modo geral, mesmo que possa haver alguma subnotificação nos casos de regime aberto ou mais raramente semiaberto com trabalho extramuros. Quando se fala em PPL, por outro lado, está incluída o total da população penitenciária, mas também aquelas pessoas recolhidas instituições socioeducativas, como menores infratores, que não são objeto desse estudo.

Os dados do SINAN foram obtidos em 15 de abril de 2020.

#### **4.1.6 Portal FNS e Site E-gestor**

Para consultar os repasses feitos pelo Fundo Nacional de Saúde à saúde prisional paraense, foram utilizados sites do Ministério da Saúde que informam repasses financeiros. O primeiro a ser utilizado foi o site do próprio FNS (<https://portalfns.saude.gov.br/>). Acessou-se:

- Consulta de pagamento detalhada
- Escolha de mês e ano
- Tipo de consulta: Fundo a fundo
- Bloco: Atenção Básica
- Componente: Piso da Atenção Básica (PAB) Variável
- Repasse: Estadual ou municipal

Como resultado das buscas, todos os repasses do PAB Variável, entre eles o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, foram obtidos, até novembro de 2017, com as devidas parcelas/competências, data das ordens bancárias, valores, entre outras informações.

A partir de dezembro de 2017, os dados passaram a ser apresentados em bloco do Piso da Atenção Básica Variável, não sendo, portanto, possível distinguir os valores relativos à saúde prisional. Por isso, a partir de então, os dados de interesse foram obtidos do site e-gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br/>). O caminho de busca foi:

- Relatórios Públicos;
- Financiamento APS;
- Relatórios até 2019;
- Pagamento AB;
- Seleção de municípios e períodos desejados.

Por esta via só é possível achar as competências dos repasses ao PAB Variável onde está detalhado o componente prisional. Não estavam disponíveis as datas de ordem bancária, ou seja, as datas em que os repasses aconteceram de fato.

Os dados do Portal FNS foram colhidos em 30 de março de 2020 e os do sistema E-gestor foram baixados em 2 de abril de 2020.

O Quadro 1 sumariza as fontes de dados empregados no estudo.

Quadro 1: Fonte de dados, endereço eletrônico e data de coleta.

Fonte de dados	Endereço eletrônico	Data de acesso
SUSIPE em Números	<a href="http://www.susipe.pa.gov.br/contente/seap-em-numeros">www.susipe.pa.gov.br/contente/seap-em-numeros</a>	12 de novembro de 2019
Relatórios Analíticos do DEPEN	<a href="http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-analiticos/relatorios-analiticos">http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-analiticos/relatorios-analiticos</a>	18 de abril de 2020
Portal da Transparência Pará	<a href="http://www.transparencia.pa.gov.br">www.transparencia.pa.gov.br</a>	19 de março de 2020
CNES	<a href="http://www.tabnet.datasus.gov.br">www.tabnet.datasus.gov.br</a>	15 de abril de 2020
SINAN	<a href="http://www.tabnet.datasus.gov.br">www.tabnet.datasus.gov.br</a>	15 de abril de 2020
Portal FNS	<a href="https://portalfns.saude.gov.br/">https://portalfns.saude.gov.br/</a>	30 de março de 2020
Site E-gestor	<a href="https://egestorab.saude.gov.br/">https://egestorab.saude.gov.br/</a>	02 de abril de 2020

Fonte: A autora, 2020.

## 4.2 ARMAZENAMENTO DOS DADOS

Conforme já descrito, os dados empregados no estudo foram obtidos de diversos relatórios de diferentes sites institucionais. Foram construídos dois bancos de dados com a ferramenta REDCap (Research Electronic Data Capture, disponível em <https://www.project-redcap.org/>), com digitação e verificação feitas pela própria autora.

O REDCap se auto denomina uma plataforma web segura para construir e gerenciar bancos de dados e pesquisas online. Após a inclusão das informações, ele fornece procedimentos de exportação automatizados para downloads de dados contínuos

para outras plataformas/sistemas, como é o caso do Excel e do pacote estatístico SAS<sup>®</sup>, ferramentas aqui empregadas na análise dos dados.

Primeiramente, construiu-se o banco de dados sobre o sistema prisional paraense a partir dos relatórios “SUSIPE em números”, Portal da Transparência do Pará, CNES, SINAN, portal FNS e site E-gestor. Tal banco contém 79 observações e 97 variáveis, medidas mensalmente, entre maio de 2012 e novembro de 2018. Em termos gerais, reúne variáveis relativas às características sociodemográficas da população prisional, às condições estruturais instaladas para oferta de serviços de saúde, à produção/uso de serviços de saúde e à ocorrência de condições/problemas de saúde selecionados.

O outro banco de dados foi construído com dados disponibilizadas nos relatórios semestrais do DEPEN, a fim de se verificar a sua consistência, tendo como referência os dados obtidos no “SUSIPE em Números”. Neste quadro, as informações de “SUSIPE em Números” foram organizadas segundo a forma de registro do DEPEN, seguindo as orientações do seu instrumento de coleta.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS ADOTADOS EM FACE DA INDISPONIBILIDADE OU NECESSIDADE DE CORREÇÃO DE DADOS

Com relação à fonte “SUSIPE em números”, especial atenção foi necessária a alguns dados ausentes ou que requereram correção:

- O relatório de agosto de 2017 não esteve disponível durante o período da pesquisa, portanto todas as informações relativas a este mês de observação foram suprimidas.
- Para contabilização da população total, foi utilizado o somatório das informações individualizadas de homens e mulheres por tipo de regime (vide Variáveis construídas a partir dos dados originais, descrição e cálculo. Pág 85). No relatório de junho de 2012, há um outlier no número de homens em regime provisório, que aparece como 2019, muito aquém do esperado. Todavia, percebendo tal valor como erro de digitação, assume-se 5019 como valor correto, tornando-se assim a somatória coincidente com a população total apresentada no site institucional.
- A partir de agosto de 2014 os atendimentos por programa de saúde passam a ser descritos como casos novos. Em relatórios anteriores não havia esta informação. Nota-se que a partir desta data, os números incluídos nos programas caem bastante, podendo-se presumir que até julho de 2014, os números referentes aos programas de saúde tratavam-se da prevalência de doentes em tratamento e, a

partir de então, começou-se a apresentar a incidência de novos casos incluídos nos programas. Nenhuma alteração foi feita nos números apresentados, exigindo cautela na análise dos resultados apresentados. Análises sobre a incidência de doenças foram feitas no período de agosto de 2014 a novembro de 2018.

- Em dezembro de 2014 não há informações sobre a quantidade de PPL que trabalham. Nenhum tratamento foi dado à ausência desta informação.
- Em abril de 2016 não há o número de presos de várias escolaridades. Só a porcentagem. Esta informação não foi utilizada para se chegar ao número absoluto das escolaridades das PPL.
- Em fevereiro de 2018 não há dados de escolaridade de pessoas de ensino superior incompleto, completo, acima do superior e de escolaridade não informada. Do total de 17.641 PPL só há informações sobre 15.460. A ausência desta informação não foi levada em consideração.

#### 4.4 ANÁLISE DE DADOS

A partir de variáveis armazenadas nos bancos de dados, indicadores foram calculados com vistas à apresentação de resultados compatíveis com o que usualmente se encontra na literatura, facilitando a comparabilidade. Todas as variáveis primárias e aquelas posteriormente construídas, suas descrições e o cálculo utilizado nas suas formulações encontram-se no Apêndice A (pág 81) e Apêndice B (pág 85).

Na abordagem dos dados, foram realizadas análises descritivas com vistas à caracterização da população prisional e estrutura para oferta de serviços de saúde, produção/uso de serviços de saúde e ocorrência de morbidades, relativas à população prisional. Tratando-se de variáveis contínuas, características das bases de dados agregados, com definição de indicadores relativos à população prisional existente, as estatísticas descritivas empregadas foram a média, desvio padrão, valores mínimos e máximo e quartis.

Na análise dos dados do Pará, o foco foi observar a variabilidade das medidas no decorrer dos 78 meses contemplados. Às estatísticas descritivas mais tradicionais, se incorporarão gráficos de controle estatístico, com vistas a capturar tendências no decorrer do tempo e zonas de “estabilidade” no comportamento das variáveis, assim como eventos que eventualmente afetaram positiva ou negativamente tal estabilidade.

Os gráficos de controle estatístico ajudam a desvendar a variabilidade inerente a qualquer processo. Se os dados vierem de um processo comum, estável, sua variabilidade

é previsível (BENNEYAN; LLOYD; PLSEK, 2003). Originalmente aplicados na indústria, vem sendo utilizado para análise de serviços e sistemas de saúde por oferecer resultados de fácil visualização na mudança positivas ou negativas de padrões (MARTINS et al., 2019).

É importante destacar que a normalidade não é uma pré-condição para o uso do gráfico (MOHAMMED; WORTHINGTON; WOODALL, 2008). A experiência em uma ampla gama de domínios de aplicação, incluindo saúde, mostraram que os limites de três desvios padrão são realmente úteis (MOHAMMED; WORTHINGTON; WOODALL, 2008).

O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparar características demográficas da população prisional no decorrer dos anos considerados no estudo. Além disso, foram obtidas correlações de Pearson para a identificação de fatores associados a variações na produção/uso de serviços e na ocorrência de morbidades no sistema prisional.

Para verificação da consistência dos dados do DEPEN, foram comparados os valores disponibilizados nos Relatórios Analíticos referentes ao Pará aos valores correspondentes disponibilizados pelos relatórios “SUSIPE em números” e Portal da Transparência do Pará, assumidos como referência neste estudo. Os valores correlatos foram colocados lado a lado, sendo calculada diferenças percentuais, tanto no caso de variáveis expressas em números absolutos, quanto em percentuais.

Os dados presentes em ambos os relatórios, portanto possíveis de comparação, foram sobre o total populacional, faixa etária, etnia, escolaridade, número de pessoas trabalhando e estudando, número de profissionais de custódia e de saúde, consultas médicas internas e externas, consultas psicológicas e consultas odontológicas.

Apesar de os relatórios “SUSIPE em Números” estarem disponíveis desde 2012, somente a partir de 2014 os relatórios semestrais do DEPEN passam a apresentar informações de interesse desta pesquisa. Além disso, foi suprimida a comparação dos dados:

- Do 1º semestre de 2015, por não estarem disponíveis no site do DEPEN;
- Do segundo semestre de 2017, pela ausência do relatório “SUSIPE em números” de agosto de 2017 (vide 4.3, pag. 35), não sendo possível a soma de todos os dados do semestre para comparação.

- Do 2º semestre de 2018 pela ausência do relatório “SUSIPE em números” em dezembro de 2018, não sendo possível a soma de todos os dados do semestre para comparação.

Apesar de se tratarem de informações análogas, além dos motivos explicitados no item 4.1.1 (pag 29), foi levado em consideração o método de coleta dos dados. Enquanto o DEPEN obtém seus dados através de entrevistas semestrais com os gestores das Unidades Prisionais, os relatórios mensais disponibilizados pela SEAP PA têm suas informações oriundas diretamente dos profissionais de saúde.

Há também a comparação com o número de profissionais de escolta disponibilizado no Portal da Transparência do Pará, por se tratar do número de pessoas efetivamente remuneradas pelo estado do para exercerem tal função. Desta forma, tendo estas duas fontes como guia, a consistência dos dados do DEPEN foi examinada.

O SAS® foi o pacote estatístico empregado no gerenciamento dos dados e análises estatísticas. Foi utilizado para o cálculo de indicadores em termos de razões e proporções a partir de variáveis do banco original, assim como na obtenção das estatísticas descritivas, correlações e gráficos de controle estatísticos. A versão utilizada foi a 9.4 para Microsoft® Windows® Workstation for x64.

Com exceção dos gráficos de controle estatístico, todos os outros gráficos apresentados foram construídos no programa Microsoft Excel Office versão 18.2008.12711.0, a partir de indicadores calculados com o SAS. O Microsoft Excel é um editor de planilhas com ferramentas para construção de gráficos, escolhido por ter interface amigável e intuitiva e por ter utilização mais habitual e dominada pela autora.

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme já explicitado, o estudo proposto baseia-se exclusivamente em dados secundários de amplo acesso e uso irrestrito, não incorrendo na necessidade de apreciação por Comitê de ética em Pesquisa. De qualquer forma, o projeto foi submetido ao CEP/ENSP, no sentido da ratificação desse entendimento.

O parecer de dispensa de apreciação ética nº 10/2020 do Comitê de ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca relacionado a esta obra encontra-se no ANEXO A pag 98.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 SOBRE O SISTEMA PENITENCIÁRIOS PARAENSE SEM OS DADOS DO DEPEN

Para a descrição do sistema prisional paraense nesta pesquisa, assumiu-se como população carcerária as pessoas custodiadas somente pela então SUSIPE-PA, excluindo-se a contagem de pessoas recolhidas, por exemplo, nas delegacias da Polícia Civil e outras carceragens do Sistema de Segurança Pública. Como já descrito nos métodos, a observação de junho de 2012 teve seu número populacional corrigido e a observação de agosto de 2017 foi suprimida.

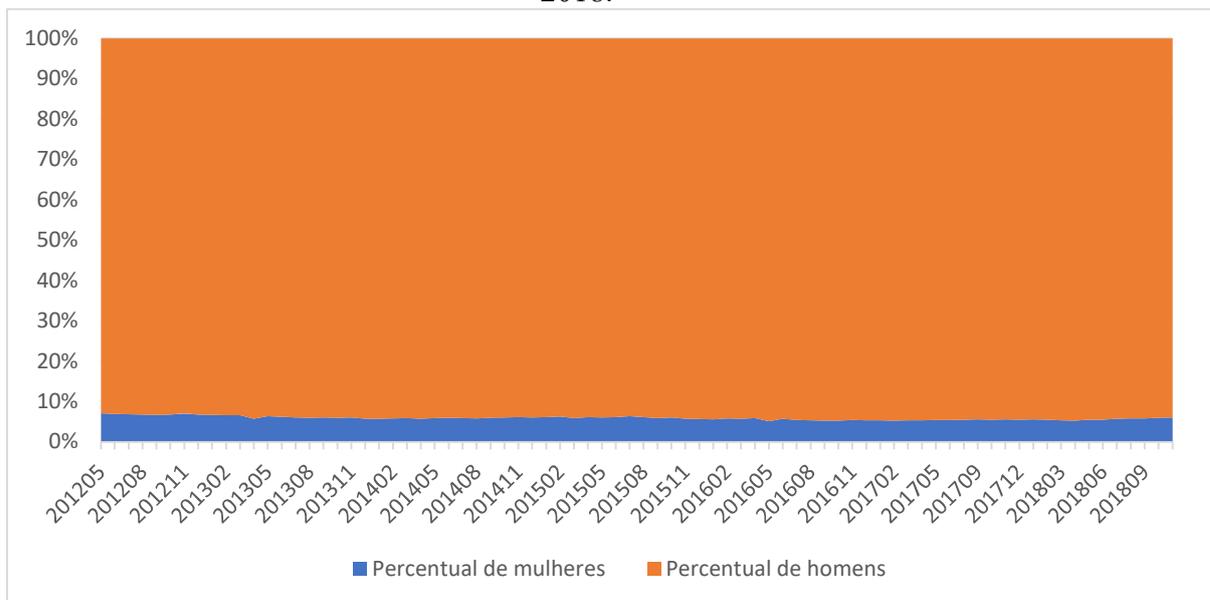
No decorrer dos meses observados, a população variou entre 10.981 e 19.284 pessoas (Tabela 1). Os homens são a maioria da população prisional paraense, somando sempre mais de 92% da população no período observado. O percentual de mulheres na população prisional paraense foi no máximo 7%. Tais números se mantiveram bastante estáveis (Gráfico 1). A população LGBTI+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, intersexuais entre outras orientações sexuais, identidades e expressões de gênero) só começou a ser apresentada a partir do relatório de fevereiro de 2020, portanto, fora do escopo deste estudo. Destaca-se ainda o perfil etário da população, majoritariamente jovem, com cerca de 80% dos indivíduos com menos de 35 anos, com variação discreta ao longo do período (Gráfico 2).

Tabela 1. Estatísticas descritivas da distribuição do tamanho da população prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018

Variável	Número de observações	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Primeiro Quartil	Mediana	Segundo Quartil	Máximo
<b>Total de custodiados</b>	77	13.947,8	2.474,3	10.981	11.831	12.978	15.592	19.284

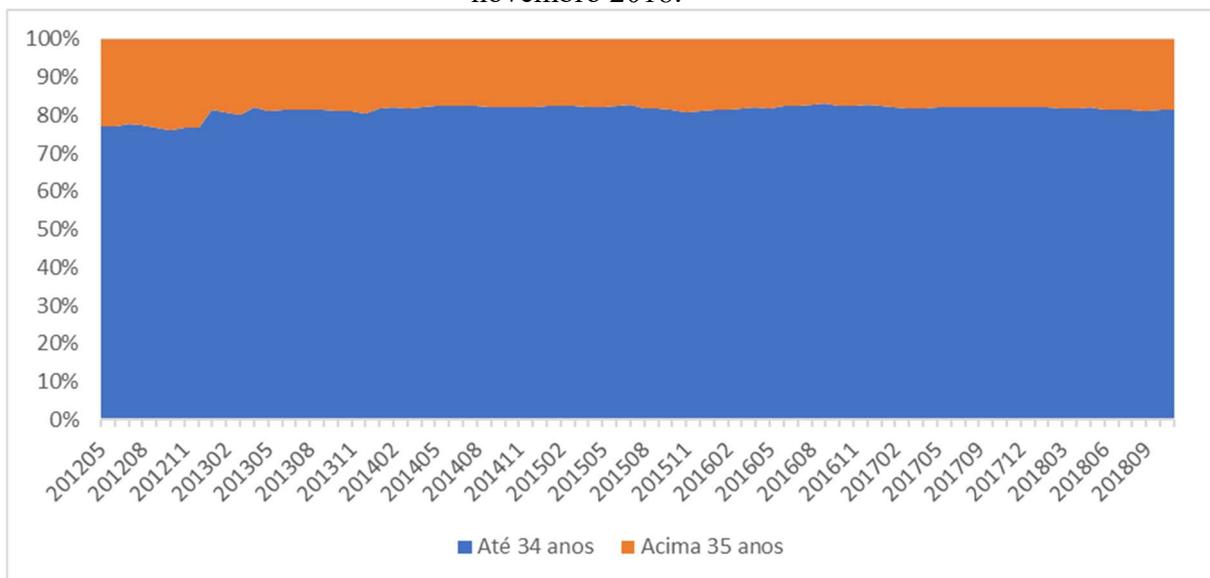
Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Gráfico 1. Distribuição da população prisional por sexo. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

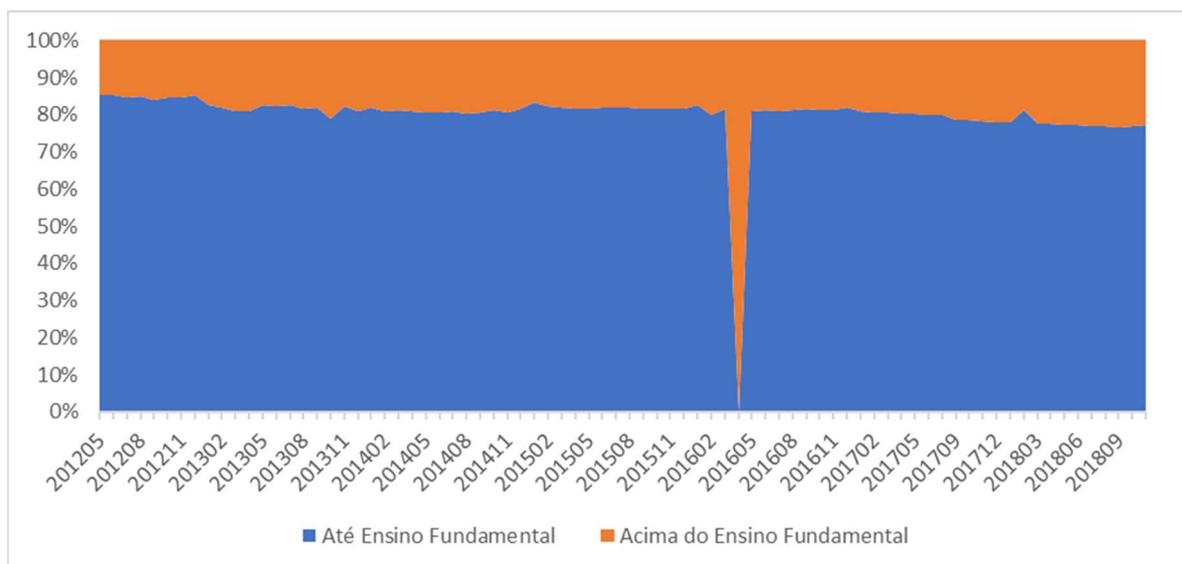
Gráfico 2. Distribuição da população prisional por faixa etária. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

No que se refere ao grau de instrução, observa-se que a absoluta maioria dos custodiados estudou no máximo até o ensino fundamental (ou 9º ano) (Gráfico 3). Um aspecto que emerge ao longo das observações é o aumento da proporção de pessoas que alcançaram o ensino médio, que se mostra estatisticamente significativa ( $p$ -valor  $<0,0001$ ), segundo o teste de Kruskal-Wallis.

Gráfico 3. Distribuição da população prisional por nível de escolaridade. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

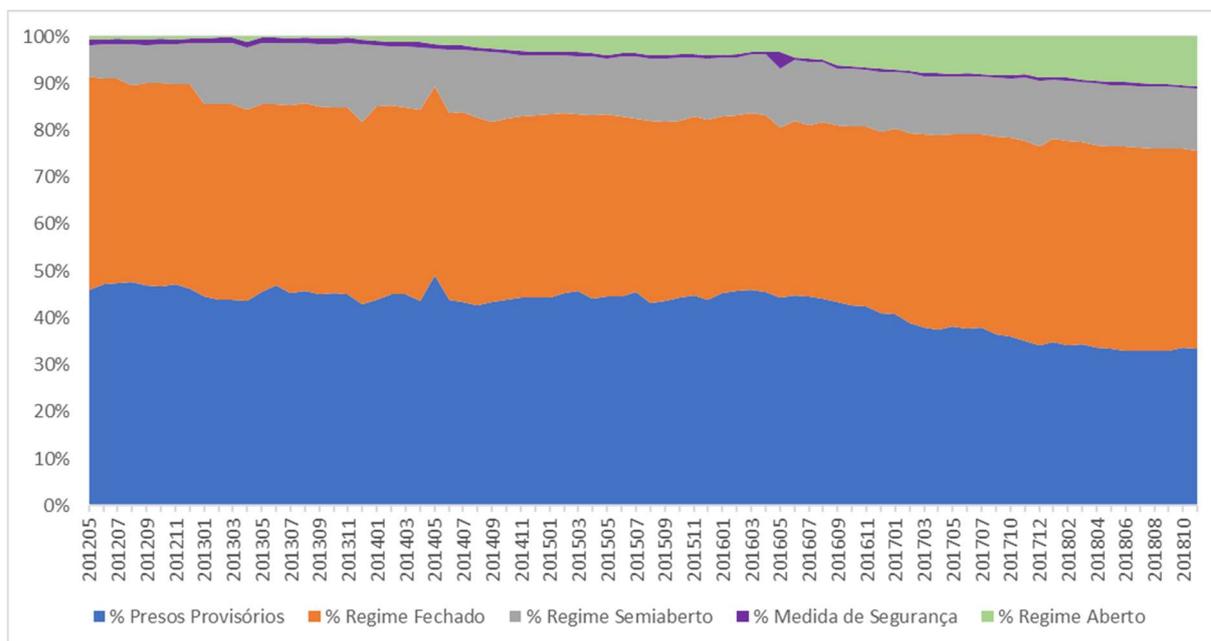


Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Nota: Valor ausente em abril de 2016.

Com relação ao tipo de regime nos quais as PPL estão recolhidas (Gráfico 4, Tabela 2), cabe destacar que, apesar do ainda expressivo número de presos provisórios até então, a partir de maio de 2016 houve uma relevante queda neste percentual (Kruskal-Wallis,  $p$ -valor  $<0,0001$ ) e aumento de pessoas em regime aberto, acompanhada de forma amena pela diminuição do percentual de pessoas em regime fechado e semiaberto. A porcentagem de presos provisórios tem o valor máximo de 49,2% e chega a 33,4% na última observação.

Gráfico 4. Distribuição da população privada de liberdade segundo o tipo de regime de cumprimento de pena. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Tabela 2. Estatísticas descritivas das distribuições dos custodiados por tipo de regime de cumprimento de pena. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

Variável	Número de observações	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Primeiro Quartil	Mediana	Segundo Quartil	Máximo
% regime provisório	78	42,2	4,6	32,9	38,1	44,0	45,3	49,2
% regime fechado	78	40,4	2,2	36,4	38,4	40,1	42,3	45,4
% regime semiaberto	78	12,4	1,7	6,8	12,4	12,9	13,2	16,4
% medida de segurança	78	0,8	0,4	0,6	0,6	0,8	1,1	3,7
% regime aberto	78	4,2	3,4	0,1	0,9	3,5	7,8	10,6

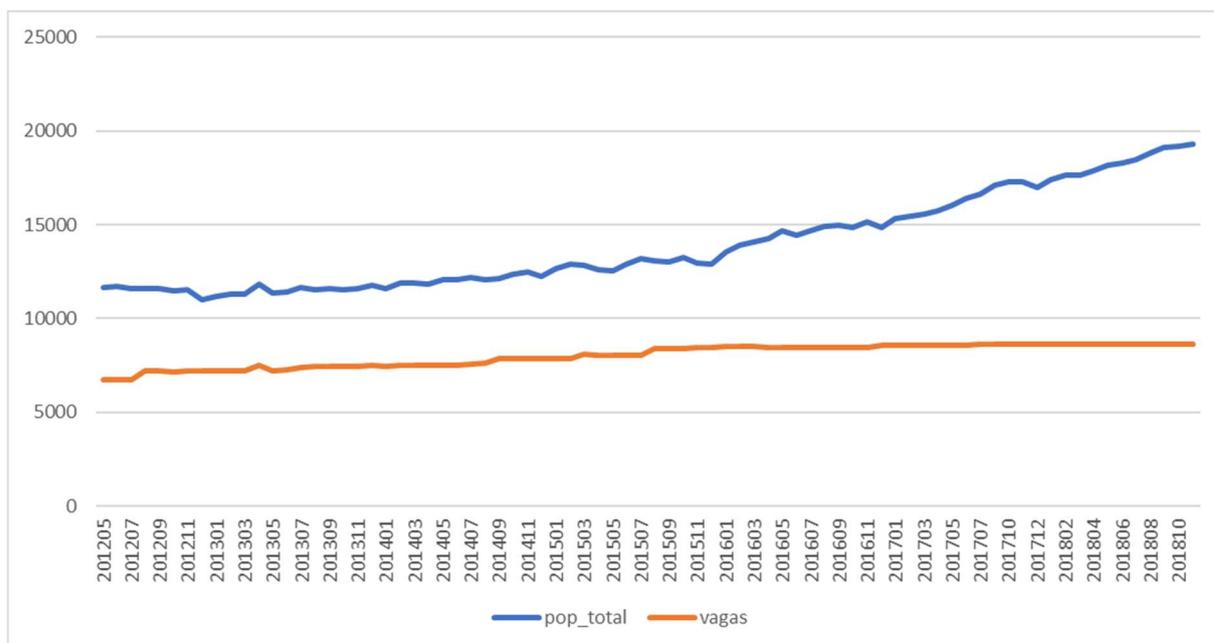
Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

O

Gráfico 5 contrapõe no decorrer do tempo o discreto aumento no número de vagas com o expressivo aumento das PPL sob custódia do sistema penal, enquanto que o Gráfico 6 apresenta a razão população/vaga crescente no período para o conjunto das PPL e para custodiados do sexo masculino. No caso da população prisional feminina, houve uma queda desta razão no segundo semestre de 2015, associada à inauguração do Centro de Recuperação Feminino de Marabá, primeiro presídio paraense para mulheres

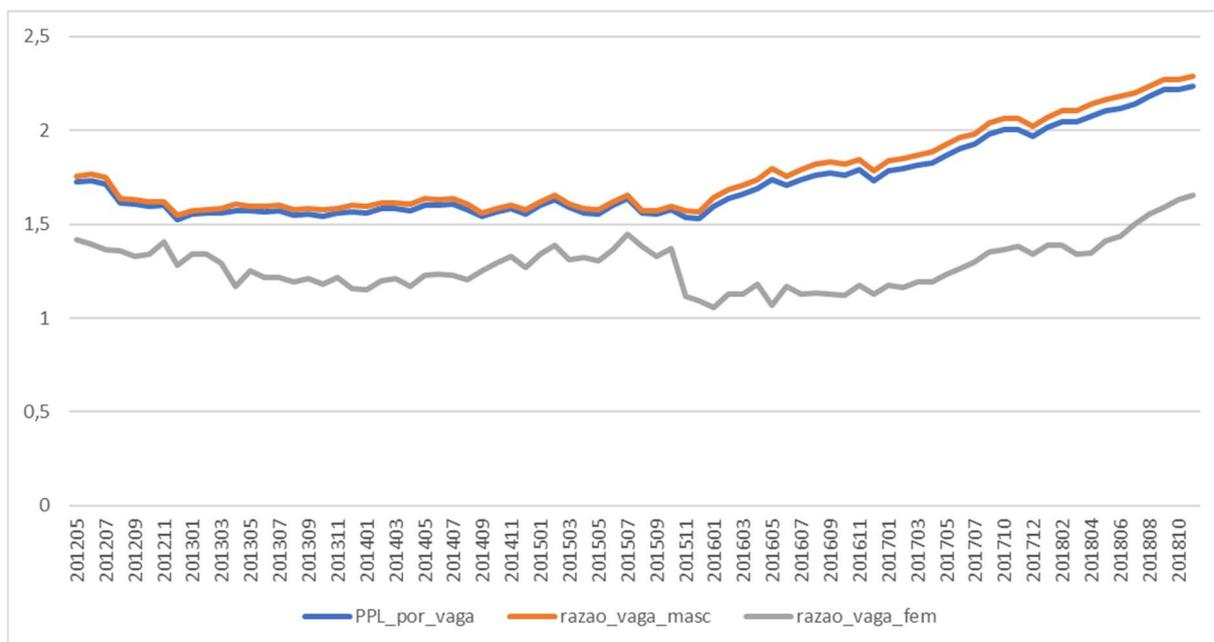
fora da capital (SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DO PARÁ, 2015).

Gráfico 5. Evolução do tamanho da população privada de liberdade em contraponto ao número de vagas no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Gráfico 6: evolução da razão ppl/vaga da população total e segundo o sexo.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

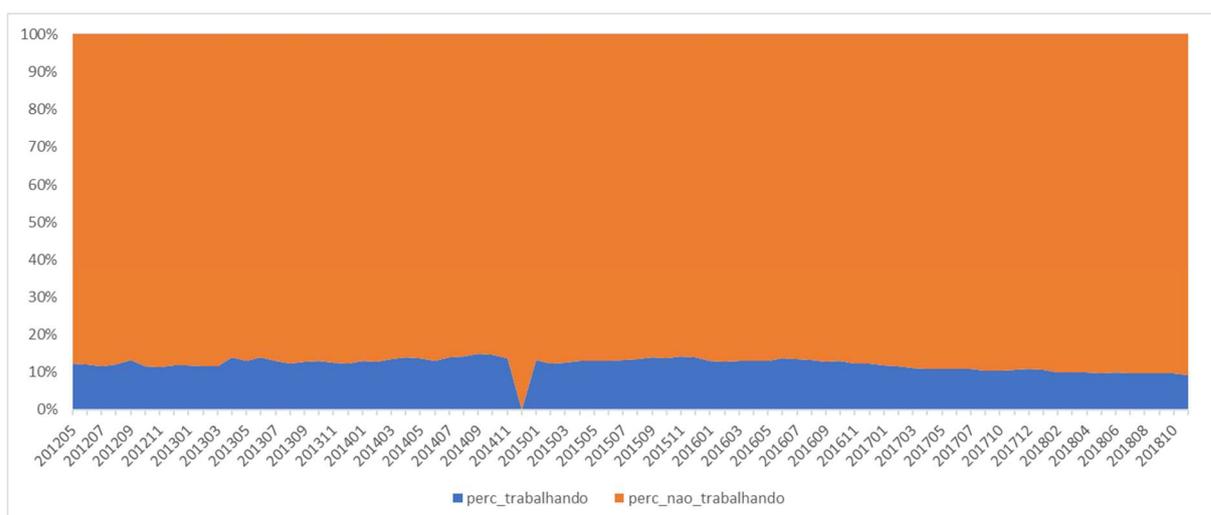
No tocante ao número de PPL trabalhando ou estudando, apesar do aumento de trabalhadores e estudantes em números absolutos (Tabela 3), a oferta de atividades laborais parece não acompanhar o aumento da população custodiada, havendo assim uma leve queda percentual de custodiados trabalhando (Gráfico 7). No que diz respeito ao estudo, percebe-se um leve aumento percentual de pessoas estudando em uma evolução muito irregular (Gráfico 8).

Tabela 3. Estatísticas descritivas do número absoluto e relativo de pessoas privadas de liberdade trabalhando e estudando. Pará, maio 2012 – novembro de 2018.

Variável	Número de observações	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Primeiro Quartil	Mediana	Segundo Quartil	Máximo
PPL trabalhando	77	1673,7	181,5	1283,0	1535,0	1730,0	1807,0	1964,0
PPL estudando	78	1944,3	1007,0	825,0	1373,0	1697,5	2007,0	5248,0
% PPL trabalhando	77	12,2	1,4	9,2	11,1	12,6	13,1	14,8
% PPL estudando	78	13,5	4,8	6,8	10,6	13,1	14,5	27,4

Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

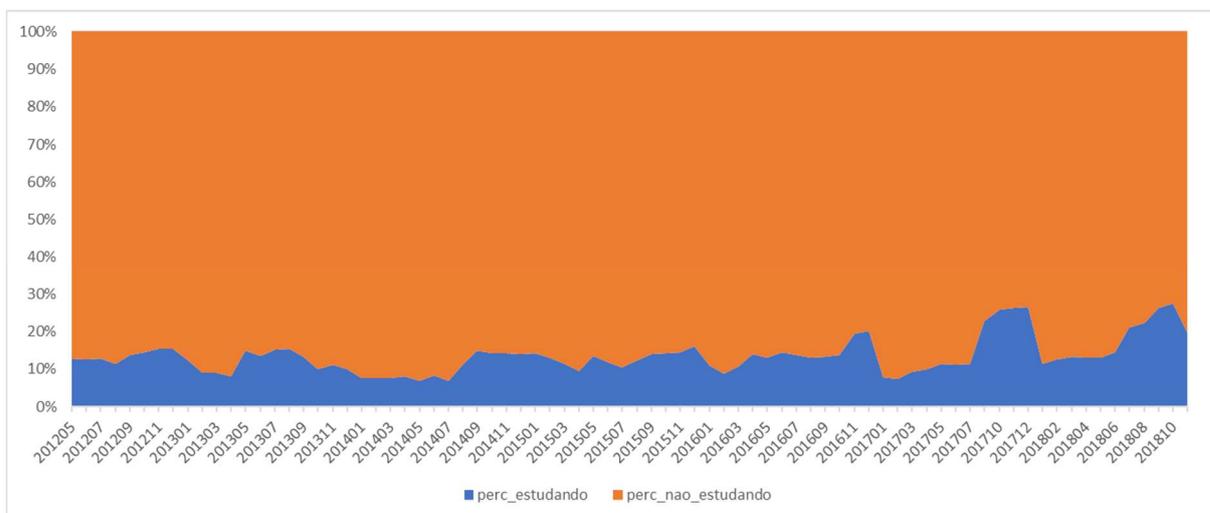
Gráfico 7. Evolução do percentual de custodiados trabalhando. Pará, maio 2012 – novembro de 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Nota: Valor ausente em dezembro de 2014.

Gráfico 8. Evolução do percentual de custodiados estudando. Pará, maio 2012 – novembro de 2018.

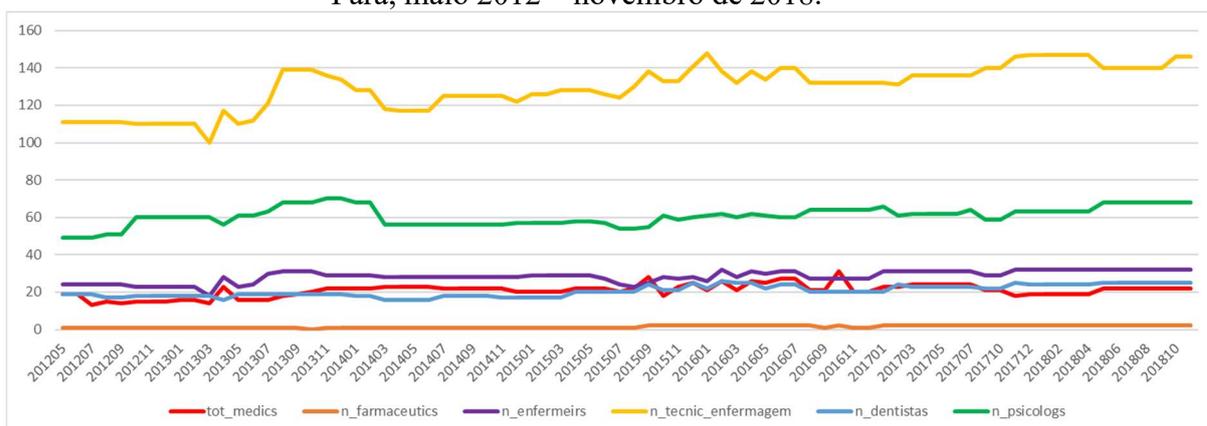


Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Todos os profissionais de saúde tiveram aumento perceptível em números absolutos (Gráfico 9, Tabela 4) ao longo do período estudado. Entretanto quando se confronta tal aumento com o crescimento populacional, fica nítido que o quantitativo de recursos humanos não consegue acompanhar o volumoso aumento da quantidade de indivíduos custodiados, flagrante na clara diminuição do número de profissionais de saúde por mil PPL (Gráfico 10, Tabela 5).

Contudo, a despeito dos farmacêuticos que foram em números absolutos entre zero e dois funcionários durante todo o período, cabe salientar que o sistema prisional paraense contou com mais de um profissional de saúde para mil PPL por categoria profissional, em alguns momentos chegando a ter mais de 6 psicólogos, mais de dois médicos, mais de dois dentistas, mais de dois enfermeiros e mais de 12 técnicos em enfermagem para cada mil custodiados.

Gráfico 9. Evolução do número absoluto de profissionais de saúde no sistema prisional.  
Pará, maio 2012 – novembro de 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

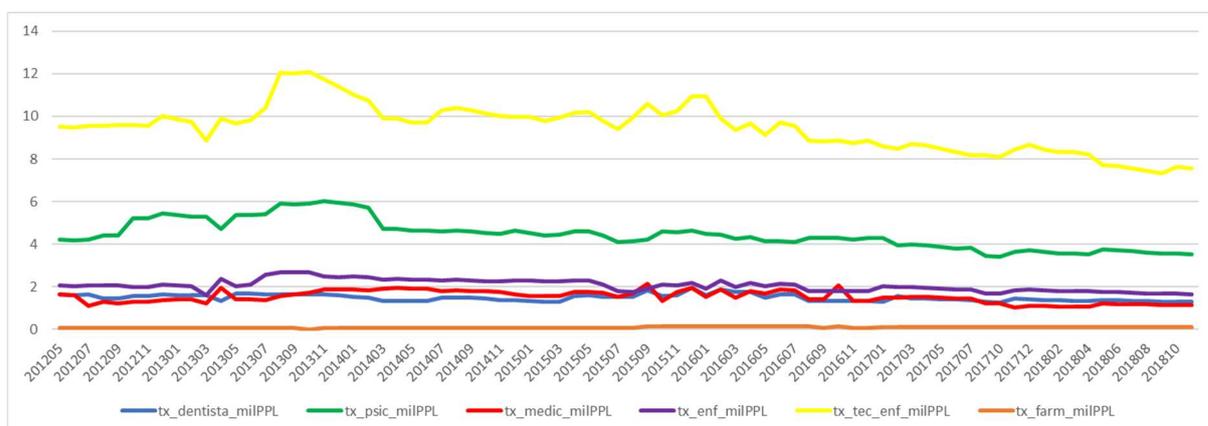
Nota: tot\_medics, total de médicos; n\_farmaceutics, número de farmacêuticos; n\_enfermeirs, número de enfermeiros; n\_tecnic\_enfermagem, número de técnicos de enfermagem; n\_dentistas, número de dentistas; n\_psicologs, número de psicólogos

Tabela 4. Estatísticas descritivas do total de profissionais de saúde em diferentes categorias no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

Variável	Número de observações	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Primeiro Quartil	Mediana	Segundo Quartil	Máximo
Número de médicos	78	20,92	3,41	13,00	19,00	22,00	23,00	31,00
Número de dentistas	78	20,59	3,00	16,00	18,00	20,00	24,00	26,00
Número de psicólogos	78	60,71	5,09	49,00	57,00	61,00	64,00	70,00
Número de enfermeiros	78	28,32	3,14	18,00	27,00	29,00	31,00	32,00
Número de técnicos de enfermagem	78	129,63	11,90	100,00	122,00	132,00	139,00	148,00
Número de farmacêuticos	78	1,44	0,52	0,00	1,00	1,00	2,00	2,00

Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Gráfico 10. Evolução da razão de profissionais de saúde em diferentes categorias por 1000 pessoas privadas de liberdade. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Nota: tx\_dentista\_milPPL, número de dentistas por 1000 PPL; tx\_psic\_milPPL, número de psicólogos por 1000 PPL; tx\_medic\_milPPL, número de médicos por 1000 PPL; tx\_enf\_milPPL, número de enfermeiros por 1000 PPL; tx\_farm\_milPPL, número de farmacêuticos por 1000 PPL; tx\_tec\_enf\_milPPL, número de técnicos de enfermagem por 1000 PPL

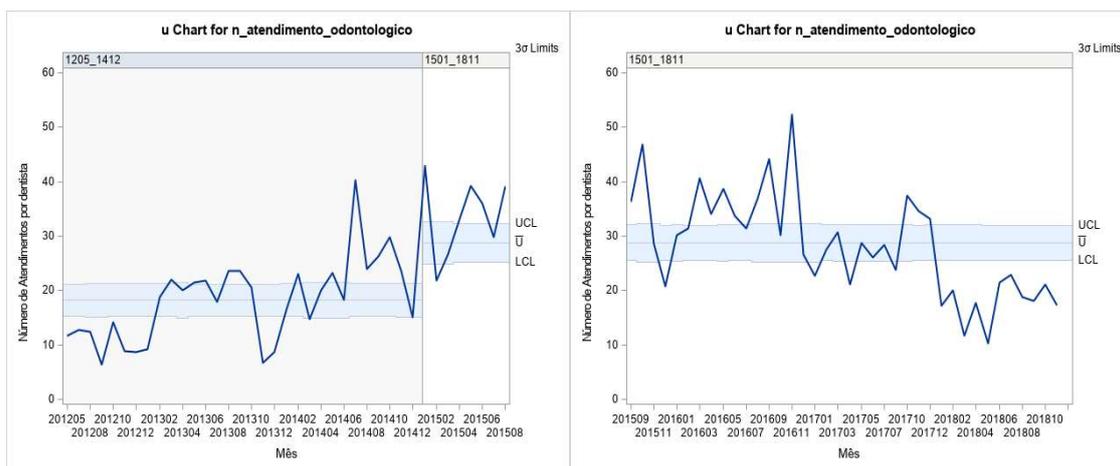
Tabela 5. Estatísticas descritivas da taxa de profissionais de saúde de diferentes categorias por 1000 pessoas privadas de liberdade. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

Variável	Número de observações	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Primeiro Quartil	Mediana	Segundo Quartil	Máximo
<b>Médicos/1000 PPL</b>	78	1,53	0,29	1,04	1,30	1,52	1,78	2,15
<b>Dentistas/1000 PPL</b>	78	1,49	0,15	1,27	1,35	1,48	1,62	1,94
<b>Psicólogos/1000 PPL</b>	78	4,46	0,69	3,41	3,95	4,40	4,65	6,03
<b>Farmacêuticos/1000 PPL</b>	78	0,10	0,03	0,00	0,08	0,09	0,12	0,16
<b>Enfermeiros/1000 PPL</b>	78	2,07	0,27	1,59	1,82	2,05	2,30	2,69
<b>Técnicos de enfermagem/1000 PPL</b>	78	9,47	1,10	7,32	8,65	9,63	10,02	12,08

Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

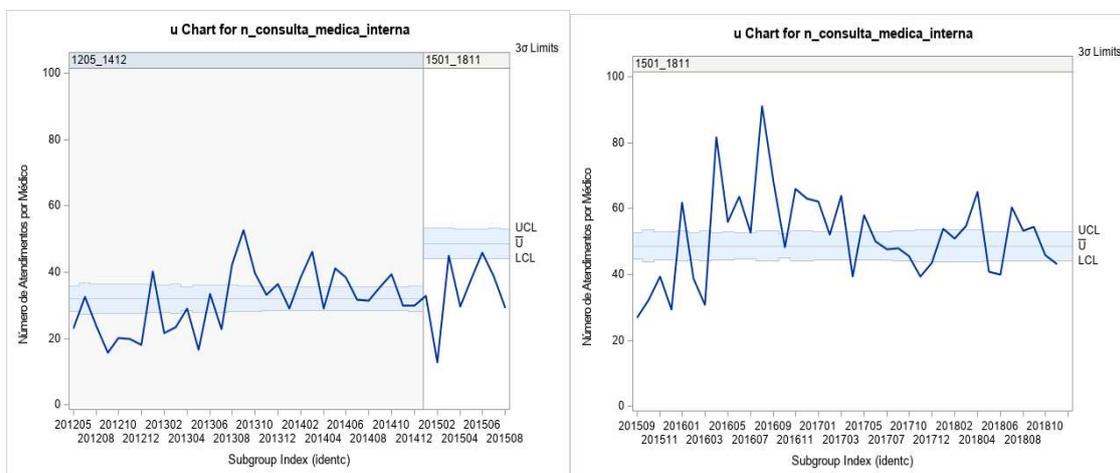
Os serviços de saúde oferecidos pouco puderam ser contabilizados, uma vez que apenas médicos, dentistas e psicólogos tiveram seus atendimentos individuais computados nos relatórios. Nota-se uma produção muito irregular por profissional para cada uma das três categorias, que se expressa predominantemente fora da zona de controle estatístico, embora com aumento do patamar no período a partir de janeiro de 2015, comparado ao anterior, no caso dos atendimentos odontológicos e consultas médicas (Gráfico 11 -Gráfico 13). Isto resulta em alta variação mensal do número total de serviços de saúde entregues (Gráfico 14) e, obviamente, também da quantidade de procedimentos executados por mil PPL.

Gráfico 11. Gráfico de controle estatístico do número de atendimentos por dentista no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



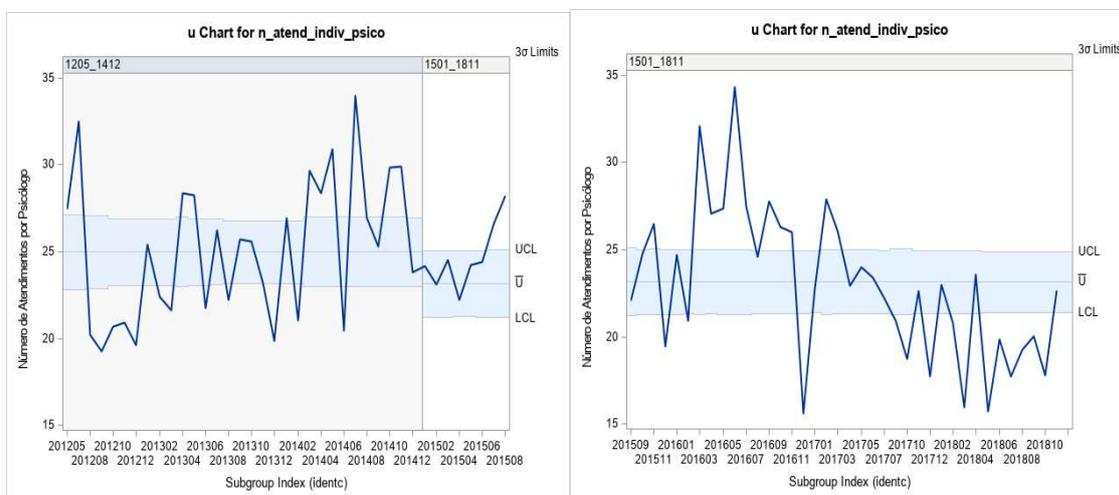
Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Gráfico 12. Gráfico de controle estatístico do número de consultas por médico no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



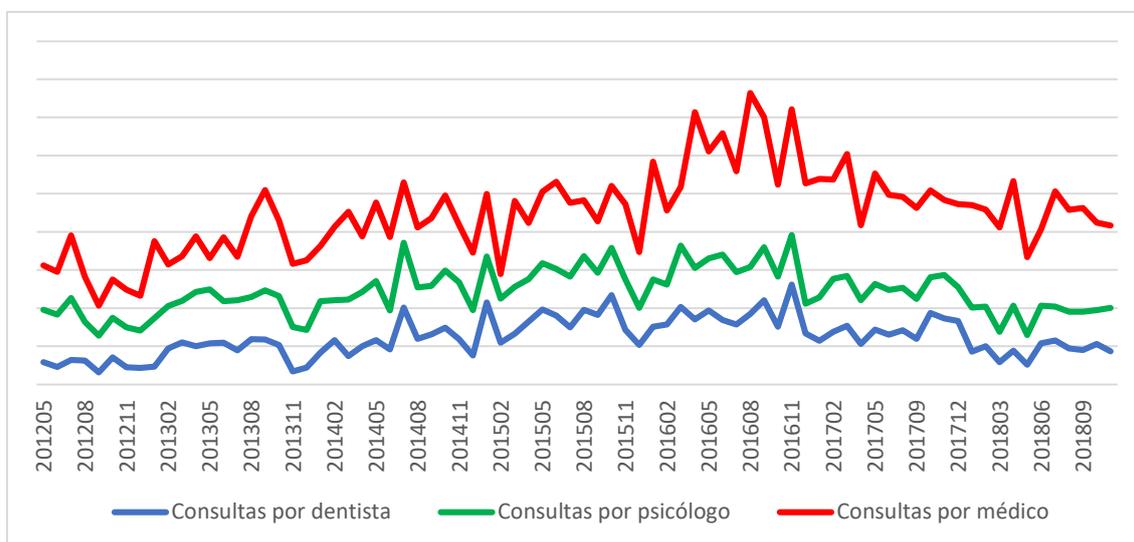
Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Gráfico 13. Gráfico de controle estatístico do número de atendimentos por psicólogo no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Gráfico 14. Evolução do número de atendimentos de saúde por categoria profissional no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Frente à elevada variação, no decorrer do período considerado no estudo, os números máximos em um mês foram de 91,2 consultas internas realizadas por médico, 52,4 atendimentos odontológicos por cirurgião dentista e 34,3 atendimentos individuais por psicólogo (Tabela 6). No Gráfico 16, percebe-se que a flutuação da razão do número de atendimentos por profissional acontece visualmente de uma forma relativamente

semelhante nos três grupos de profissionais analisados. Contudo, as correlações de Pearson entre as variáveis são fracas: 0,38 (p-valor 0,0006) entre médicos e dentistas; 0,31 (p-valor 0,007) entre psicólogos e dentistas; e -0,01 (p-valor 0,91) entre psicólogos e médicos.

Tabela 6. Estatísticas descritivas da quantidade de atendimentos por profissional mensal no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

Variável	Número de observações	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Primeiro Quartil	Mediana	Segundo Quartil	Máximo
Atendimentos/dentista	78	24,58	10,20	6,35	17,89	23,15	31,38	52,35
Atendimentos/psicólogo	78	24,05	4,14	15,61	20,92	23,90	26,96	34,33
Consultas/médico	78	41,29	15,43	12,85	30,00	39,44	52,04	91,24

Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

As taxas de consultas oferecida à população prisional paraense por 1.000 PPL são apresentadas na Tabela 7. Respectivamente, para odontologia, psicologia e consultas médicas internas as médias foram 36,69, 107,72 e 62,62 e medianas foram 35,13, 110,21 e 58,78.

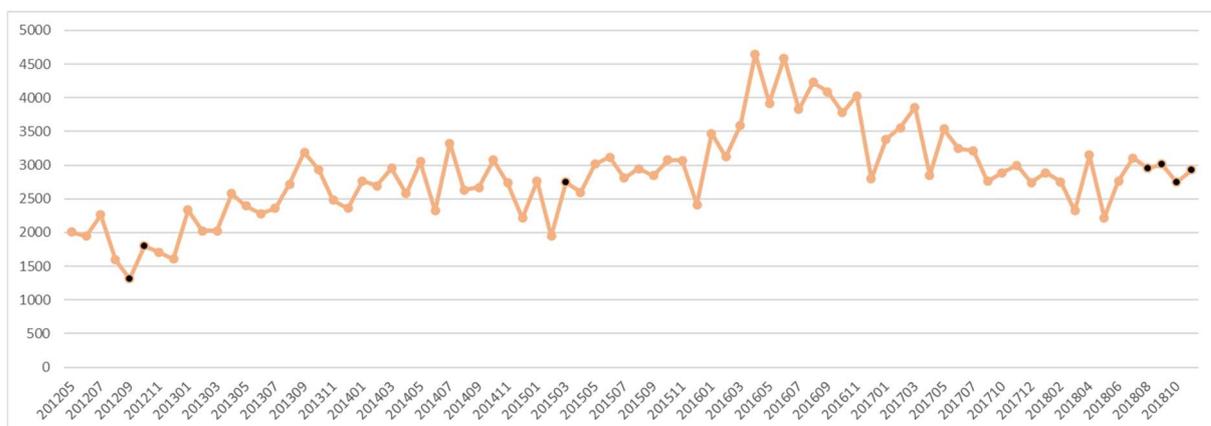
Tabela 7. Taxa de consultas odontológicas, psicológicas e médicas internas por 1000 PPL no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

Variável	Número de observações	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Primeiro Quartil	Mediana	Segundo Quartil	Máximo
<b>Consulta Odontológica /1000 PPL</b>	78	36,69	15,90	9,32	24,40	35,13	47,65	74,29
<b>Consulta Psicológica /1000 PPL</b>	78	107,72	25,56	56,90	88,72	110,21	120,51	157,65
<b>Consulta Médica Interna/1000 PPL</b>	78	62,62	24,54	18,99	48,97	58,78	73,18	148,47

Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Os relatórios SUSIPE em números mencionam sete mutirões de saúde. Tais eventos estão marcados no Gráfico 15 e não parecem impactar sobre o total de serviços de saúde entregues à população prisional, mostrando inclusive correlação de Pearson negativa, embora fraca (-0,17, p-valor 0,14).

Gráfico 15. Evolução da soma do total de atendimentos de médicos, dentistas e psicólogos e ocorrência de mutirões assistenciais no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

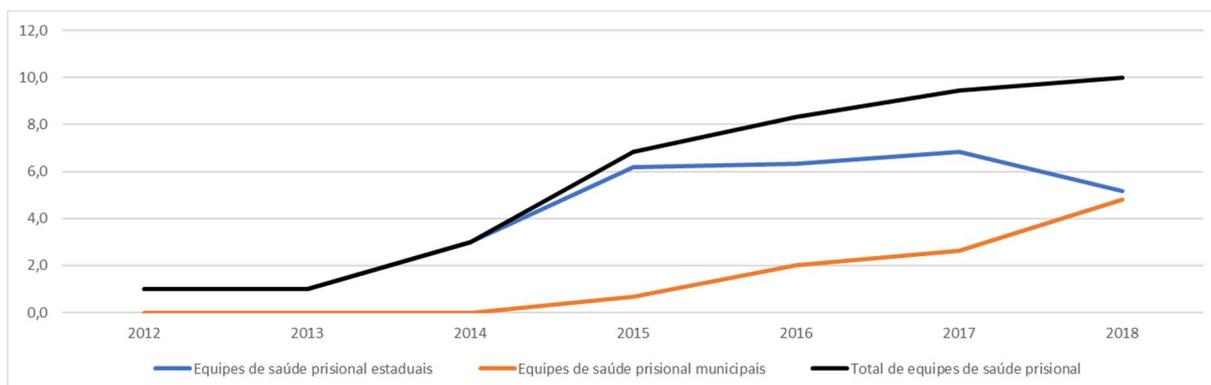


Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Nota: Os mutirões estão marcados com pontos pretos.

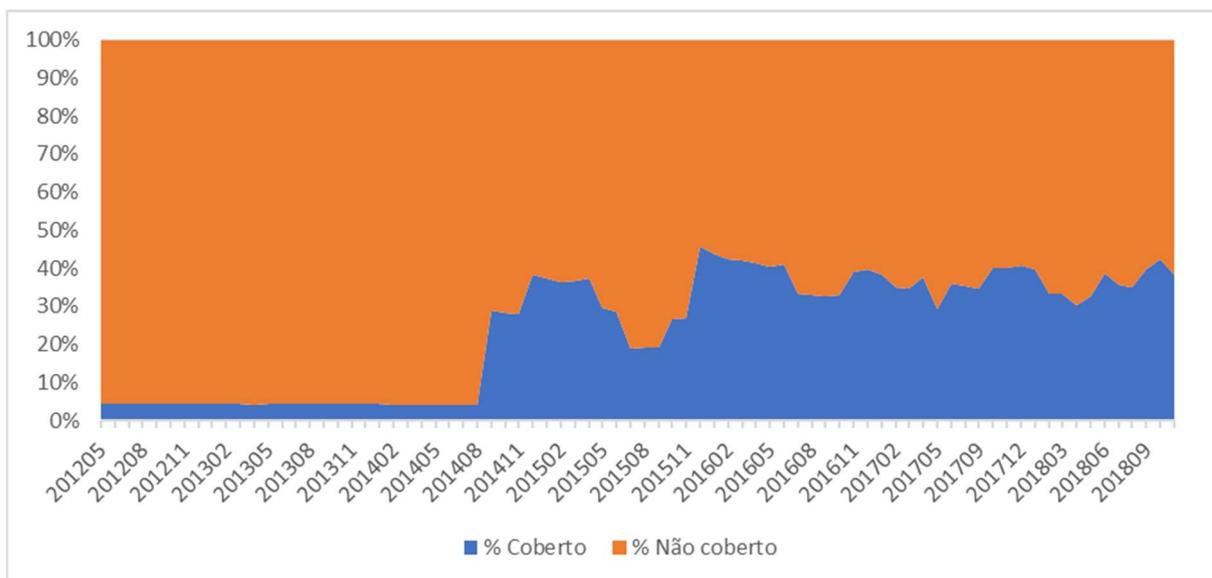
O ano de 2014 foi marcante para o aumento de equipes de saúde prisional. Desde o PNSSP, com uma única equipe habilitada, houve esforço da instituição para habilitar novas equipes. Vale notar que houve aumento contínuo do total de equipes, visualizando-se que a parceria foi mais forte com a secretaria estadual de saúde do que com as municipais (Gráfico 16). Entretanto, a capacidade máxima de cobertura foi de 45,77% da população custodiada (Gráfico 17).

Gráfico 16. Evolução da média anual de equipes de saúde prisional estadual e municipais. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Gráfico 17. Evolução do percentual de cobertura das equipes de saúde prisional.



Fonte: a autora, 2020, segundo SCNES e “SUSIPE em números”.

É intrigante observar a ausência de correlação entre o número de atendimentos em saúde (Gráfico 18) frente aos repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS) à saúde prisional paraense (Gráfico 19), que se esperava com clara relação. Ao se deparar com nenhuma ou sempre muito fraca correlação e aprofundar-se sobre as questões do pagamento, percebeu-se que não havia regularidade entre a data da geração do ônus e a data da efetiva transferência do valor.

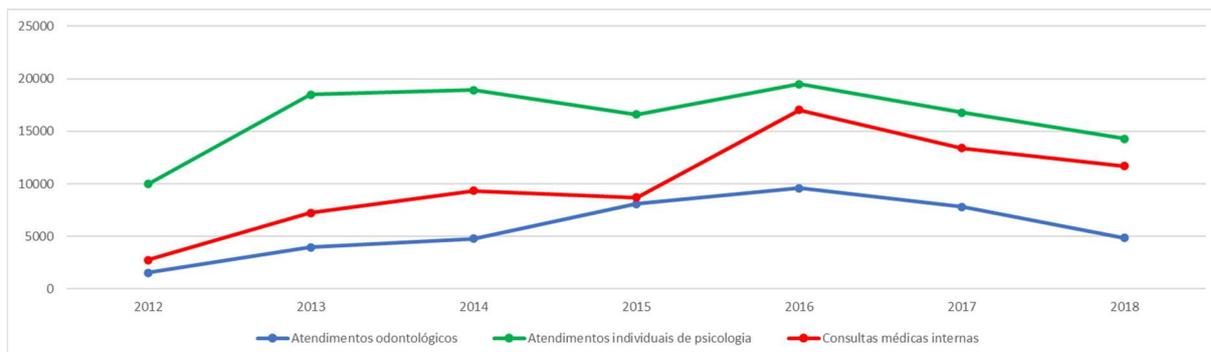
Desta forma, foram buscadas as datas de ordem bancária. O Portal FNS explica que de acordo com o Manual de Ordem Bancária da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), os valores repassados serão creditados em no máximo dois dias úteis após a data de emissão da Ordem Bancária para correntistas do Banco do Brasil e três dias úteis para os demais bancos.

Todavia, as datas de ordem bancária não estão disponíveis no site E-gestor, perdendo-se, portanto, a maioria das informações sobre repasses aos Fundos Municipais de Saúde e limitando as informações sobre as datas de transferências ao Fundo Estadual de Saúde Paraense até novembro de 2017.

Ainda assim, em que pese a ausência de informações importantes de 2018, pode-se perceber uma curva semelhante entre os repasses estaduais e os atendimentos de

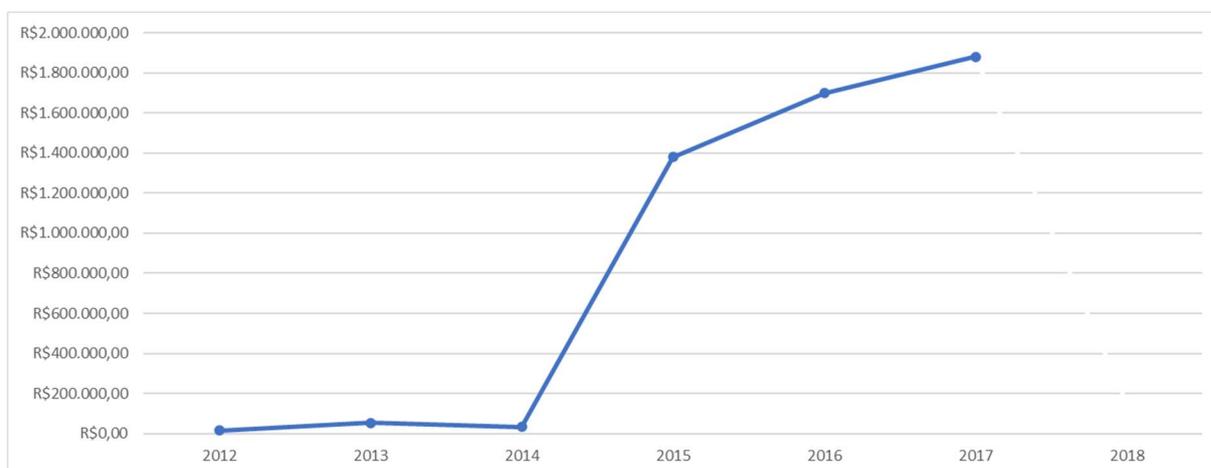
odontologia. Além disso, há correlação de Pearson de 0,42 entre os repasses estaduais de saúde e o total de atendimentos no mês seguinte.

Gráfico 18. Evolução do número de atendimentos anuais por categoria profissional no sistema penitenciário. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Gráfico 19: Evolução da soma anual dos repasses ao Fundo Estadual de Saúde do Pará, segundo data de ordem de pagamento referente a atenção básica de saúde prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Os novos casos diagnosticados de tuberculose, DST, HIV e hepatites, diabetes e hipertensão, hanseníase, problemas mentais e também pacientes recentemente ostomizados são inseridos nos respectivos programas de saúde. Não foi observada correlação significativa entre o número de novos casos de diagnosticados e inseridos nos programas de saúde e atendimentos de médicos, tampouco houve correlação para o

programa de saúde mental e o atendimento de psicológicos, conforme mostrado na Tabela 8, que só apresenta correlação positiva significativa entre exames de tuberculose e número de consultas médicas internas.

Tabela 8. Correlação de Pearson entre o número de novos casos inseridos nos programas de saúde e atendimentos de médicos, dentistas e psicólogos. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

Variável	Número de atendimentos individuais de psicologia	Número de consultas médicas internas
Número de exames laboratoriais de tuberculose no laboratório do Sistema Prisional Paraense	0,10 0,5014	0,45 0,0008
Número de custodiados no Programa de Tuberculose	-0,18 0,2077	0,14 0,3162
Número de custodiados no Programa de Saúde Mental	0,14 0,3441	0,15 0,2882
Número de custodiados no Programa de DST, HIV e Hepatites	-0,13 0,3791	0,13 0,3784
Número de custodiados no Programa Hiperdia	-0,05 0,7419	0,07 0,6263
Número de custodiados no Programa de Hanseníase	0,13 0,3587	0,00 0,9881
Número custodiados no Programa de Ostomizados	0,04 0,792	0,18 0,1976

Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Nota: A linha superior corresponde a Correlação de Pearson que vai de -1 a 1, a linha inferior corresponde ao P-valor.

A média de incidência de novos casos de tuberculose por 100 mil custodiados pelo sistema penal paraense foi de 148,92, e a mediana foi de 141,02 (Tabela 9). Observou-se ainda que a razão de exames laboratoriais intramuros por novo caso inserido no programa de tuberculose foi em média 5,03, com mediana de 4,35 (Tabela 9).

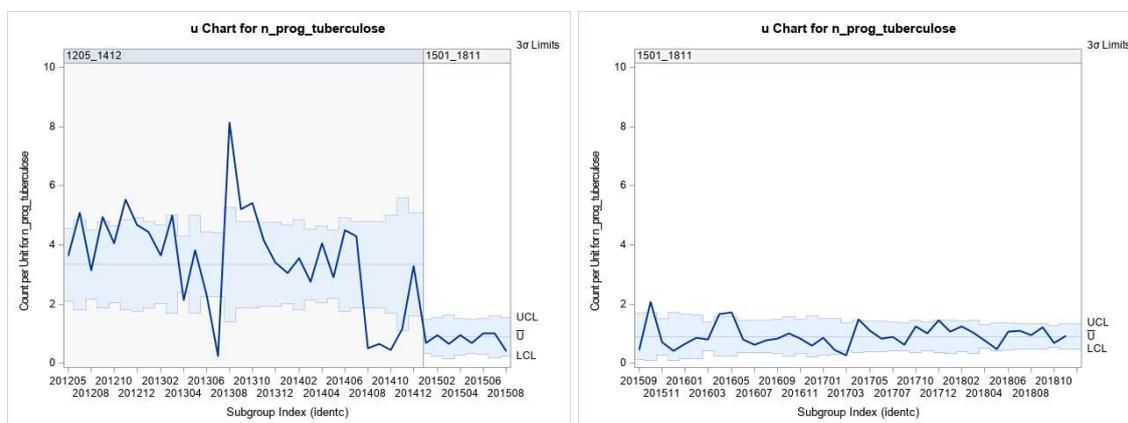
A razão entre os números de novos casos de tuberculose relatados pelo sistema prisional e aqueles notificados no SINAN teve uma mediana de 1,08 (Tabela 9) e as variações dessa razão ficaram, predominantemente, dentro dos limites de controle estatístico, ainda que mereça destaque a importante redução na sua variabilidade a partir de janeiro de 2015 (Gráfico 20).

Tabela 9. Estatísticas descritivas de indicadores relativos à tuberculose no sistema prisional paraense. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

Indicador	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Primeiro Quartil	Mediana	Segundo Quartil	Máximo
<b>Taxa de pessoas no programa de tuberculose/100 mil PPL</b>	51	148,92	66,24	38,79	93,40	141,02	210,00	271,87
<b>Razão entre número de casos de tuberculose prisional reportados na SUSIPE e notificados no SINAN</b>	51	0,94	0,49	0,27	0,64	0,86	1,08	3,30
<b>Número de exames laboratoriais internos por inserção de novos casos no programa de tuberculose</b>	51	5,03	4,27	0,00	2,36	4,35	6,45	23,14

Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números” e SINAN.

Gráfico 20. Gráfico de controle estatístico da razão entre o número de novos casos no programa de tuberculose segundo o relatório “SUSIPE em Números” e o número de casos relatados no SINAN. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números” e SINAN.

A comparação entre a incidência de hanseníase e tuberculose calculada a partir dos relatórios institucionais do sistema prisional paraense e aquelas apresentadas pelos boletins epidemiológicos e séries históricas do Ministério da Saúde para população geral paraense é mostrada na Tabela 10. É notória a diferenças das taxas. Para hanseníase, PPL apresentam incidência menor enquanto para tuberculose a incidência é bastante superior.

Tabela 10. Comparação de incidências de hanseníase e tuberculose no Pará, para população geral e PPL.

Ano	Doença	Incidência por 100.000 habitantes	
		No Pará, segundo os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde (SINAN)	No Sistema Prisional paraense, segundo os relatórios “SUSISPE em Números”
2014	Hanseníase	42,34	13,16
2015	Hanseníase	35,34	14,31
2016	Hanseníase	30,43	22,58
2017	Hanseníase	31,05	11,76
2018	Hanseníase	30,44	12,10
2014	Tuberculose	42,60	99,64
2015	Tuberculose	41,08	115,73
2016	Tuberculose	43,50	136,94
2017	Tuberculose	45,40	163,31
2018	Tuberculose	46,70	206,23

Fonte: A autora, 2020, a partir de boletins epidemiológicos e séries históricas do Ministério da Saúde e dos relatórios “Susipe em Números”.

Ainda sobre os atendimentos em saúde dentro do sistema prisional, é possível fazer poucas, porém interessantes, inferências. Por exemplo, identificou-se que a maioria das consultas médicas são realizadas na própria instituição prisional, ficando entre 55,94 e 98,46% do total de consultas (Tabela 11).

Em odontologia, não há informações sobre consultas extramuros, resultando em uma enorme lacuna de informação sobre como acontecem os encaminhamentos para especialistas quando necessário. Utilizando-se tartarectomias, extrações, restaurações e curativos dentários como o padrão de procedimentos realizados dentro dos consultórios odontológicos prisionais, observou-se uma média (0,81) baixa de procedimentos realizados por consulta (Tabela 11).

Para a psicologia, os procedimentos mais numerosos foram a triagem, a escuta e aconselhamento psicológico, coleta complementar de dados e acompanhamento psicoterapêutico. Pode-se perceber que a triagem ocupa lugar de destaque sendo em média 45,81% do total de procedimentos psicológicos (Tabela 11). O número de triagens correspondeu a uma média de 73,13% das novas entradas ou reentradas (Tabela 11).

Tabela 11. Estatísticas descritivas de percentual de consultas médicas intramuros, número de procedimentos odontológicos por atendimento, percentual de triagem psicológica no sistema prisional. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

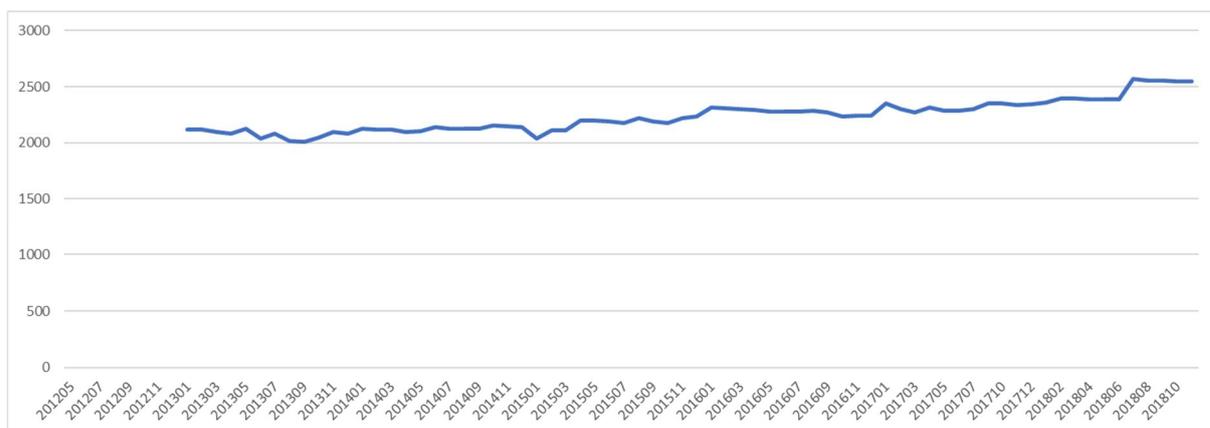
Variável	Número de observações	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Primeiro Quartil	Mediana	Segundo Quartil	Máximo
% de consultas médicas internas no total de consultas	78	82,82	12,43	55,94	72,68	83,03	95,25	98,46
Número de procedimentos odontológicos por atendimento	78	0,81	0,52	0,47	0,62	0,76	0,86	5,18
% de triagens no total de atendimentos psicológicos	78	45,81	7,83	29,47	41,19	45,13	50,25	72,56

Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Assim como os profissionais de saúde, o aumento do número absoluto de agentes prisionais (Gráfico 21) foi bem mais discreto que o aumento da população carcerária, fato notório ao se constatar o aumento do número de custodiados por profissional de escolta (Gráfico 22).

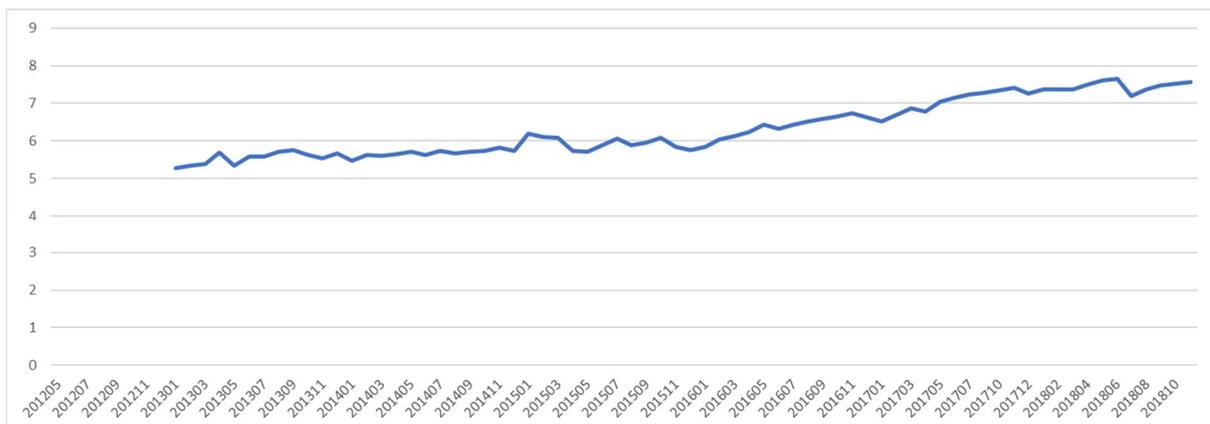
Mesmo diante de correlações médias e altas observadas entre as razões de profissionais de saúde e de escolta por 1000 PPL (Tabela 12), quando se confronta os atendimentos de saúde por mil PPL e o número de agentes prisionais por mil PPL (Tabela 13), somente para os atendimentos de psicologia há forte correlação positiva.

Gráfico 21. Evolução mensal do número absoluto de agentes prisionais. Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Gráfico 22. Evolução da razão entre pessoas privadas de liberdade e agentes prisionais<sup>4</sup>.  
Pará, maio 2012 – novembro 2018.



Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Tabela 12. Correlação de Pearson entre a taxa de dentistas, médicos, psicólogos e agentes prisionais por 1000 pessoas privadas de liberdade. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

	Dentistas/ 1000 PPL	Psicólogos/ 1000 PPL	Médicos/ 1000 PPL	Agentes prisionais/ 1000 PPL
<b>Dentistas/ 1000 PPL</b>	1,0	0,5	0,4	0,5
		<.0001	0,0009	<.0001
	78	78	78	70
<b>Psicólogos/ 1000 PPL</b>	0,5	1,0	0,4	0,9
	<.0001		<.0001	<.0001
	78	78	78	70
<b>Médicos/ 1000 PPL</b>	0,4	0,4	1,0	0,7
	0,0009	<.0001		<.0001
	78	78	78	70
<b>Agentes prisionais/ 1000 PPL</b>	0,5	0,9	0,7	1,0
	<.0001	<.0001	<.0001	
	70	70	70	70

Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Nota: Nas células, o valor na linha superior corresponde ao coeficiente de correlação de Pearson, o na segunda linha o P-valor, e o na terceira linha o número de observações (meses) consideradas.

<sup>4</sup> Não há especificação sobre as atividades efetivamente desempenhadas, podendo estar destacados para custódia, escolta, portaria ou funções administrativas, dentre outras

Tabela 13. Correlação de Pearson entre as razões de atendimentos de saúde e agentes prisionais por 1000 pessoas privadas de liberdade. Pará, maio 2012 – novembro 2018.

Variável	Atendimentos odontológicos/ 1000 PPL	Atendimentos psicológicos/ 1000 PPL	Atendimentos médicos/ 1000 PPL	Agentes prisionais/ 1000 PPL
<b>Atendimentos odontológicos/ 1000 PPL</b>	1	0,14	0,41	0,05
		0,2289	0,0002	0,7058
	78	78	78	70
<b>Atendimentos psicológicos/ 1000 PPL</b>	0,14	1	0,07	0,81
	0,2289		0,5322	<,0001
	78	78	78	70
<b>Atendimentos médicos/ 1000 PPL</b>	0,41	0,07	1	-0,14
	0,0002	0,5322		0,2362
	78	78	78	70
<b>Agentes prisionais/ 1000 PPL</b>	0,05	0,81	-0,14	1
	0,7058	<,0001	0,2362	
	70	70	70	70

Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Nota: Nas células, o valor na linha superior corresponde ao coeficiente de correlação de Pearson, o na segunda linha o P-valor, e o na terceira linha o número de observações (meses) consideradas.

## 5.2 ANÁLISE SOBRE A CONSISTÊNCIA DOS DADOS DOS RELATÓRIOS ANALÍTICOS DO DEPEN

Os dados do DEPEN são díspares diante daqueles apresentados pelos relatórios “SUSIPE em números” e Portal da Transparência do Pará, que são assumidos como confiáveis neste estudo (Tabela 14). Além disso, tais diferenças têm acentuada variação entre um documento e outro, ou seja, não seguem um padrão, não sendo possível a correção estatística para o uso das informações.

O desequilíbrio das informações é menor para a descrição geral da população carcerária do que para as consultas de saúde (Tabela 14). As vagas são especialmente discrepantes quando os relatórios do DEPEN contabilizam “outras vagas”, termo este presente, mas não descrito no instrumento de coleta e não existente nos relatórios “SUSIPE em Números” (Tabela 14). Como era de se esperar, as diferenças também são mais proeminentes para variáveis que possuem um número pequeno de indivíduos na medida que se optou por sempre mostrar diferenças em percentuais (Apêndice C). A Tabela 14 mostra as comparações de valores sobre os serviços de saúde listados nos relatórios.

Tabela 14: Comparação dos dados dos Relatórios Analíticos do DEPEN aos dos relatórios “Susipe em Números”.

1° sem 2014			2° sem 2014			2° SEM 2015			
Consultas	DEPEN	SUSIPE	DIF% ABSOL	DEPEN	SUSIPE	DIF% ABSOL	DEPEN	SUSIPE	DIF% ABSOL
<b>Médica interna</b>	2376	1568	51,53	3099	1698	82,51	3940	810	386,42
<b>Médica externa</b>	6961	5042	38,06	6944	4295	61,68	13971	4393	218,03
<b>Psicológica</b>	9959	9392	6,04	6206	9534	-34,91	18992	8414	125,72
<b>Odontológica</b>	4073	1939	110,06	3582	2824	26,84	6259	4353	43,79

1° sem 2016			2° sem 2016			1° sem 2017			
Consultas	DEPEN	SUSIPE	DIF% ABSOL	DEPEN	SUSIPE	DIF% ABSOL	DEPEN	SUSIPE	DIF% ABSOL
<b>Médica interna</b>	1894	1431	32,35	2478	1431	73,17	2906	393	639,44
<b>Médica externa</b>	9740	12588	-22,62	7741	12588	-38,50	11258	7695	46,30
<b>Psicológica</b>	12897	18550	-30,47	12375	18550	-33,29	8880	9175	-3,22
<b>Odontológica</b>	4057	9362	-56,67	5512	9362	-41,12	4699	3569	31,66

1° sem 2018			
Consultas	DEPEN	SUSIPE	DIF% ABSOL
<b>Médica interna</b>	2105	296	611,15
<b>Médica externa</b>	8250	6043	36,52
<b>Psicológica</b>	8135	7665	6,13
<b>Odontológica</b>	3818	2392	59,62

Fonte: a autora, 2020, a partir dos relatórios “SUSIPE em números”.

Nota: DEPEN: dados extraídos dos relatórios analíticos do DEPEN.

SUSIPE: dados dos relatórios “SUSIPE em Números” calculados segundo o instrumento de coleta dos relatórios analíticos do DEPEN

DIF%ABSOL: diferenças percentuais dos valores apresentados em números absolutos

## 6 DISCUSSÃO

Este trabalho centra-se especialmente na descrição da oferta e uso de serviços de saúde ambulatoriais no âmbito do Sistema Prisional no estado do Pará entre 2012 e 2018, indicando que, apesar do crescimento de equipes de saúde propiciado pelo PNAISP a partir de 2014, ainda é muito baixa a capacidade de cobertura das necessidades de saúde da população prisional. Fica ainda latente que a capacidade de oferta é afetada por outros elementos, além da disponibilidade de profissionais de saúde, redundando em um padrão muito irregular na produção de cuidados de saúde, que se dá predominantemente intramuros. Resultados apresentados proveem indicações sobre a correlação positiva da disponibilidade de agentes carcerários com a realização de atendimentos com psicólogos, mas não evidencia o esperado papel desses agentes para a provisão de atendimentos médicos e odontológicos. Identifica-se relação entre a entrada de recursos financeiros do fundo estadual e a produção de serviços no mês seguinte. Apesar das inúmeras limitações inerentes aos próprios dados e do foco em um único estado brasileiro, busca-se elucidar aspectos pertinentes à provisão e uso de serviços de saúde nas prisões, tema raramente abordado na literatura pertinente à investigação de serviços de saúde (BENGOA et al., 2018).

Há dados nacionais em relatórios do DEPEN que chegaram a ser considerados no percurso do desenvolvimento do estudo e que certamente abririam outras possibilidades de análises, mas comparações entre os dados registrados no SUSIPE e os dados do DEPEN aqui apresentadas endossam hipóteses de haver inconsistências entre os mesmos. Tomar os dados do SUSIPE como mais confiáveis, embora em si seja questionável sem uma avaliação mais rigorosa, terminou sendo uma opção baseada na própria experiência da autora, que em vários momentos acompanhou a produção dos relatórios “SUSIPE em números” pessoalmente. Adicionalmente, os dados da SUSIPE lançam um olhar longitudinal sobre o objeto do estudo, com uma série temporal expressiva e que dá conta da implementação de políticas relevantes no setor.

A descrição da população carcerária paraense é semelhante àquela recorrente nos estudos e documentos sobre o sistema prisional brasileiro: maioria absoluta de jovens, negros e pardos, baixa escolaridade e sexo masculino. Diante do cenário nacional, no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias de junho de 2017, o Pará ocupava a 12º posição em número absoluto de custodiados e tinha um percentual de presos provisórios próximo à média nacional (BRASIL; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2019).

Obviamente, era esperado verificar o aumento em números absolutos de presos provisórios frente ao aumento da população carcerária. Desde 2000, a população de prisioneiros provisórios cresceu em todos os continentes, exceto na Europa (HEARD; FAIR, 2019).

Sob outra perspectiva, porém, no Brasil, em análises quinquenais, a proporção de presos provisórios é crescente até 2015 e a partir de então segue em queda (HEARD; FAIR, 2019). Tal afirmação é coincidente com os relatórios do DEPEN, que mostra uma ascensão proporcional de presos provisórios entre 2003 e 2014, iniciando declínio a partir de 2015 (BRASIL; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2019).

O Pará, entretanto, mostra nos relatórios do seu sistema carcerário estar na vanguarda desta diminuição, apresentando desde 2012, uma apreciável e progressiva queda do percentual da população de custodiados sob o regime provisório.

O Brasil já ocupa a terceira posição mundial em número absoluto de presos, com uma taxa de ocupação de 170,7%. As mulheres são 4,9% das PPL, próximo a média mundial de 4,8% (“World Prison Brief”, 2020). Em junho de 2017, o sistema prisional do Pará apresentava uma taxa de ocupação de 1,90 pessoas por vaga, superior à média nacional. Além disto, à época, a porcentagem de PPL até 35 anos, a porcentagem de negros e pardos e a porcentagem de pessoas com escolaridade até o ensino fundamental completo era superior à média do país.

O Pará mostrou pequeno aumento do grau de instrução da sua população privada de liberdade. Apesar de não terem sido encontrados estudos que discorrem sobre a relação entre grau de instrução e saúde de pessoas privadas de liberdade, tradicionalmente assume-se a educação como determinante em saúde (HAMAD et al., 2018; LIMA-COSTA, 2004)., cabendo, entretanto, destacar para este público os efeitos do cárcere na produção de doenças.

Assim sendo, o aumento do grau de instrução, bem como do percentual da população custodiada estudando no período analisado pode ser considerado um fator positivo à saúde prisional paraense. Entretanto, com os dados disponíveis, não é possível calcular a correlação estatística entre questões educacionais e situação de saúde.

O percentual tão irregular de PPL estudando pode ser explicado pela predominância da oferta de vagas em cursos de curta duração, de algumas semanas a poucos meses (“Capacitações garantem novas oportunidades a detentos do sistema penitenciário do Pará”, [s.d.]; “Curso de refrigeração em Icoaraci prepara detentos para o

mercado de trabalho”, [s.d.]). O resultado apresentado por este estudo parece consistente com essa dinâmica.

Quanto aos custodiados em atividade laboral, o Pará parece seguir na contramão da tendência nacional. Segundo nota técnica, o percentual de PPL trabalhando vem aumentando no país (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA; DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2020), o que não é o caso para o sistema carcerário paraense.

A maioria parda e negra da população prisional do estado também merece atenção especial. Pessoas com estigmas raciais e étnicos experimentam taxas mais altas de doenças, deficiências e morte do que a média de suas sociedades (WILLIAMS, 2012).

Quanto à faixa etária, estudos internacionais apontam que o número de idosos no sistema penitenciário vem crescendo e é o grupo demográfico de crescimento mais rápido (BROOKE; DIAZ-GIL; JACKSON, 2020; CANADA et al., 2020; GREENE et al., 2018).

Já à luz dos estudos nacionais, ainda que a população brasileira experimente uma clara tendência do aumento de idosos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; OLIVEIRA, 2019), não se pode afirmar que o aumento desta parcela das PPL seja mais acelerado. Tem havido um aumento no número absoluto de idosos (CARMO; ARAÚJO, 2011; GHIGGI, 2020). O perfil da população privada de liberdade do Pará endossa a avaliação de que o aumento da população carcerária tem acontecido de forma razoavelmente homogênea para todos os grupos etários, não havendo mudanças substanciais nas proporções de jovens e idosos.

O gigantesco aumento da população prisional é realidade mundial, fato consensual nos estudos científicos (BORA, 2018; MACDONALD, 2018; MONTEIRO; CARDOSO, 2013). O Pará segue esta tendência, apresentando um aumento de 7.628 indivíduos custodiados no período estudado, alcançando 2,2 PPL por vaga disponível. Frente a outros estados brasileiros, ocupava a 10<sup>o</sup> posição em taxa de ocupação, em junho de 2017 (BRASIL; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2019).

Associada a uma estrutura física insalubre, a superlotação nos presídios é fator determinante para deterioração da saúde no contexto prisional, fartamente retratada na literatura, principalmente para doenças respiratórias como tuberculose e mais recentemente infecções pelo coronavírus (CARVALHO; SANTOS; SANTOS, 2020; SÁNCHEZ; LAROUZÉ, 2016; TOPP et al., 2017).

Frente a estes problemas, percebe-se alguma concretização de políticas de saúde pública dentro do sistema prisional paraense. O aumento do número de equipes de saúde prisional é factual, apesar de alcançar no máximo 45,77% da população custodiada. Também no cenário nacional, o total de equipes cadastradas no SCNES jamais chegou a atingir a totalidade da população penitenciária (SILVA, 2015).

Não há publicações que cruzem informações sobre o acesso ao cuidado e as equipes de saúde prisional. Contudo, a partir de experiências da Estratégia saúde da Família, pode-se afirmar que há diferenças de acesso e cobertura frente à heterogeneidade na organização da atenção no âmbito do SUS (LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013).

Desta forma, é possível que haja diferenças marcantes entre as UPs atendidas por equipes de saúde vinculadas ao PNAISP e aquelas com assistência tradicional prestada por profissionais de saúde vinculados ao sistema penitenciário. Entretanto, à medida que se optou por não utilizar dados do DEPEN para esta análise, como será debatido adiante, não é possível distinguir o volume de atendimentos entre as unidades com equipes municipais, estaduais e aquelas que não estão sob a égide da política nacional.

Ainda assim, é positiva a percepção do aumento do número de equipes, aumento do valor de repasses e aumento da quantidade de atendimentos em períodos sincrônicos, principalmente para odontologia, ainda que carente de explicações refinadas de causa e efeito (Gráfico 16 -Gráfico 19).

As condições de repasse financeiro levantam questões. Na observação do período de maio de 2012 a agosto de 2014, quando os repasses eram referentes a apenas uma única equipe estadual habilitada, técnico de higiene bucal/ auxiliar de saúde bucal, por exemplo, não integrava o quadro funcional. Fica clara a possibilidade de recebimento do incentivo com equipes incompletas, mesmo quando a legislação falava em equipe mínima (BRASIL, 2003).

Quanto à produtividade, verificou-se correlação positiva entre o total de atendimentos de saúde dos profissionais médicos, dentistas e psicólogos, marcadamente entre os atendimentos médicos e odontológicos. Acrescenta-se ainda a altíssima variabilidade na quantidade de consultas mensais por profissional evoluindo com padrão semelhante para os três grupos de profissionais.

Observando o comportamento similar da produtividade das diferentes classes profissionais, pode-se conjecturar que o aumento ou diminuição do número de atendimentos em saúde está ligado a questões estruturais e logísticas mais amplas do

sistema prisional e não a aspectos individuais de cada uma dessas atividades profissionais. Este padrão de entrega de serviços fora de controle estatístico causa imprevisibilidade danosa para o planejamento de ações em saúde bem como deixa patente a dúvida sobre qual a real capacidade produtiva dos profissionais de saúde.

A literatura descreve certa variabilidade na quantidade de serviços em saúde entregues à população, com a possibilidade de variação sazonal, com maior produção no meio do ano (ANDRADE; PINTO; ANTUNES, 2020). No sistema prisional paraense, a variação pareceu mais aleatória, não se verificando tendências em períodos específicos.

Outra questão recorrente se refere à quantidade adequada de profissionais e de serviços a serem prestados. Sabe-se que esta previsão depende das necessidades de saúde da população (BRASIL et al., 2015) e que o número de profissionais e de consultas realizadas são apenas alguns de uma série de indicadores que podem ser utilizados para avaliar o desempenho (FRANÇA et al., 2020).

Desta forma, das poucas sugestões sobre o número de profissionais adequado, há a recomendação de um médico da estratégia saúde da família para aproximadamente 2500 pessoas (0,4 médico/1000 hab) e um enfermeiro para cada mil habitantes de populações específicas (moradores de rua e ribeirinhos) (BRASIL et al., 2015). Para o Sistema Prisional, a orientação do Ministério da Saúde é que os diversos tipos de equipes atendam entre 500 e 1200 PPL, sugerindo ainda adequações de carga horária à UP a partir do número de internos (BRASIL, 2014)

A composição do quadro funcional de saúde das penitenciárias paraenses parece, em grande parte, adequada a esta diretriz, visto que, com exceção de farmacêuticos e técnicos de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal, todas as classes profissionais dispunham de mais de um profissional para cada mil PPL em todo o período analisado. Não se investigou, todavia, a distribuição desses profissionais por equipes e a distribuição destas equipes nas Unidades Prisionais

A produtividade pode ser submetida a metas. Entretanto, assume-se como consensual o entendimento de que quaisquer parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório (BRASIL, 2015). Mais especificamente para o sistema prisional, a falta de parâmetros de comparação dificulta uma análise crítica da produção mensal com mediana de 39,44 consultas por médico 23,15 consultas por dentistas e 23,90 consultas por psicólogos no cuidado em saúde de PPL paraenses.

Também é arriscado fazer considerações sobre o nível de assistência/desassistência no sistema prisional paraense. A decisão sobre a quantidade de atendimentos adequada deve estar de acordo com as necessidades de saúde, perfil epidemiológico e demográfico e traços culturais da população, que modificam o perfil da demanda e da utilização dos serviços de saúde (BRASIL et al., 2015). Todavia, pode-se estimar que há oferta reprimida a partir do baixo percentual de PPL cobertas por equipes de saúde e alta incidência de tuberculose.

Por outro lado, é evidente que o cuidado em saúde no cárcere exige condições estruturais e logísticas singulares. O encontro de paciente e profissional de saúde, além de ser repleto de exigências de segurança desde a remoção da cela, revista, entre outras normas, também se sujeita à rotina da cadeia e suas inúmeras demandas como visita, atendimento jurídico, educacional e religioso somada a situações críticas como fugas, brigas e motins que não são totalmente inusitadas dentro das prisões.

Dentro deste contexto, os agentes prisionais tem papel importante para a realização dos atendimentos. Eles são responsáveis pela retirada do paciente de sua cela, pela revista, pela condução, acompanhamento e segurança durante o procedimento. Entretanto, nesta pesquisa não se achou correlação expressiva entre a quantidade de agentes prisionais e o número de atendimentos de médicos e dentistas. Esta correlação existiu somente para o atendimento psicológico.

Apesar de não haver nenhuma referência bibliográfica sobre o atendimento de saúde no cotidiano das prisões, a rotina profissional mostra que a presença de médicos e dentistas é menos frequente que a de psicólogos, podendo ser presumido neste estudo pelo menor número de profissionais. Assim, o atendimento médico e odontológico direciona maiores esforços para que haja escolta para o atendimento, enquanto a consulta que tem o profissional de psicologia, mais disponível, fica mais à mercê de ter agente prisional suficiente diariamente. Esta é uma explicação plausível para as correlações obtidas.

O Brasil adotou a taxa de 1 agente prisional para cada 5 pessoas presas como padrão razoável para segurança prisional (TORQUATO; BARBOSA, 2020). O Sistema Penitenciário do Pará contabilizava 5,27 PPL para cada profissional de custódia na primeira observação deste estudo, chegando a 7,67 ao final do período analisado.

Vale lembrar que os servidores nomeados como agentes prisionais no portal da transparência do estado do Pará desempenham, habitualmente, funções de secretaria e portaria. Portanto, suas atividades não estão destinadas exclusivamente à escolta. Além

disso, este quantitativo de servidores reveza-se num serviço ininterrupto, dividindo-se em equipes de plantão. Durante o plantão, é de se esperar que alguns se ausentem de seus postos de trabalho atendendo suas necessidades pessoais (TORQUATO; BARBOSA, 2020). Todas estas questões devem ser observadas ao se considerar a quantidade de profissionais efetivamente disponíveis para escolta.

Partindo para o retrato da situação de saúde, esta descrição da população prisional paraense a partir dos dados secundários apresentados nos relatórios institucionais é bastante limitada. Isto porque há apenas informações sobre pessoas inseridas em programas específicos de saúde que, a partir de agosto de 2014, passam a apresentar somente os novos casos assumidos como incidência, não permitindo estimar de maneira acurada, o número de pessoas efetivamente doentes.

As comparações entre os valores apresentados pelos boletins epidemiológicos e séries históricas do Ministério da Saúde mostraram que a taxa de incidência de hanseníase no Pará é menor para pessoas privadas de liberdade do que para população geral. Por outro lado, PPL tem uma incidência de tuberculose muito superior à média de seus conterrâneos.

Assim, é notório que os achados de tuberculose concordam com a literatura, onde a tuberculose revela uma incidência até 35 vezes maior que na população geral (LAROUZÉ; SÁNCHEZ; DIUANA, 2008). Globalmente, PPL suportam um fardo maior de doenças infecciosas do que a população geral não presa (WIRTZ et al., 2018).

Quanto à hanseníase, o Sistema Penitenciário paraense divulgou redução de 42% do número de casos (“Susipe reduz em 42% o número de casos de hanseníase nos presídios do Pará”, 2018). Entretanto, deve-se estar alerta quanto a possibilidade de baixa detecção. Na Paraíba, por exemplo, houve 27,84 detecções de casos de hanseníase por 100.000 habitantes na população geral do estado, enquanto para sua população prisional foi de 193,50, chegando a 526,30 em Unidades Prisionais onde houve mutirões de detecção de casos (GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2016).

O sistema prisional paraense executou em seu laboratório próprio no máximo 168 exames de tuberculose em um mês para uma população que chegou a 19.284 pessoas no período estudado. Fica claro que a maioria dos diagnósticos de tuberculose não é feita através do laboratório existente no sistema penal na medida que, mesmo quando os exames param de acontecer, o número de diagnósticos mensais permanece estável.

A existência de laboratório próprio do sistema penal, funcionando inclusive dentro de uma unidade penitenciária, deveria ser uma facilitadora logística. Entretanto, vários

problemas de utilização desse serviço são percebidos na rotina do cuidado em saúde. Mesmo sem levar em consideração dificuldades de funcionamento do próprio laboratório, o envio de material para exame não é uma rotina trivial frente, por exemplo, à distância de 36 quilômetros entre o principal polo penitenciário do estado e o laboratório e, principalmente, entre as unidades penais localizadas no interior do Pará que necessitam de transporte de avião ou barco para acesso à região metropolitana de Belém.

Assim, grande parte dos profissionais de saúde precisam recorrer a serviços externos para o diagnóstico. Em conversa com enfermeira servidora do sistema prisional, ela revelou que grande parte dos pacientes sintomáticos são diagnosticados através de radiografias feitas na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próxima ou tem exames laboratoriais enviados a laboratórios externos à instituição responsável pela custódia. Maior atenção ainda deve ser dada ao rastreamento baseado não somente na existência de sintomas que, em alguns casos, podem identificar apenas uma pequena proporção dos doentes (SÁNCHEZ; LAROUZÉ, 2016).

Sobre a notificação compulsória de doenças, no sistema prisional paraense este ato é feito por Unidades de Saúde externas. Além disso, a literatura revela a baixa completude de campos relacionados às populações especiais, entre elas a população privada de liberdade (ROCHA et al., 2020). Frente a estes desafios, a manutenção da razão entre os números de novos casos relatados pelos relatórios do sistema prisional e pelo SINAN próximo de um, e suas variações dentro do controle estatístico, retratam um padrão adequado de notificações, que remete a uma boa comunicação interinstitucional, fato importante para a vigilância epidemiológica e o estabelecimento do tratamento.

Uma possível explicação para o fato de, em alguns meses, aparecerem mais novos casos no banco de dados do SINAN do que aqueles relatados pelo sistema penitenciário do Pará pode ser relativa à abrangência do conceito de PPL. Ele não inclui somente a população sob custódia do sistema prisional, estendendo-se, por exemplo, a menores infratores. Em suma, é cabível a notificação de indivíduos não descritos nos relatórios “SUSIPE em números”.

Outro adendo é que seria de se esperar que a maior quantidade de consultas de saúde tivesse um impacto positivo no diagnóstico de várias patologias, com consequente aumento de entrada nos programas de cuidados pertinentes. Entretanto, frente ao resultado negativo da análise da correlação de Pearson, é possível questionar sobre a possibilidade do diagnóstico com os insumos e infraestrutura disponíveis para médicos,

dentistas e psicólogos do sistema prisional, bem como o treinamento e entrosamento da equipe.

Deve-se também salientar que os procedimentos de enfermagem não são pormenorizados nos relatórios “SUSIPE em Números”, não sendo possível retratar a influência do cuidado deste profissional nas situações de saúde no cárcere. A consulta de enfermagem promove, por exemplo, redução da frequência de internações hospitalares de pacientes (BENTO; BROFMAN, 2009). No sistema prisional, enfermeiros são profissionais presentes na maioria das situações de cuidado em saúde. A não contabilização de suas consultas oculta importantes esforços de assistência às PPL.

Outra observação no período pesquisado foram os sete mutirões de saúde mencionados nos relatórios. É esperado o aumento do número de atendimentos durante tais eventos. É inclusive relatado em pesquisa científica redução na fila de espera e baixo número de complicações cirúrgicas nos mutirões (ANTUNES et al., 2007). Entretanto, esta não foi a realidade no sistema prisional paraense. O acontecimento de mutirão não teve correlação com aumento do número total de consultas.

Os mutirões de saúde prisional, de maneira geral, tinham convênio com secretarias de saúde municipais ou estadual. Eles poderiam ser exclusivos de um setor, como os mutirões odontológicos, ou ser a reunião de vários serviços, agregando consultas e exames diversos. Não raramente aconteceram junto com mutirões jurídicos. As secretarias colaboravam com profissionais e alguma infra estrutura de equipamentos e materiais como ônibus com consultórios e insumos odontológicos, raio X, testes rápidos, etc., que, somados ao quadro de pessoal de saúde do Sistema Penal, empenhavam-se na produção dos serviços.

Este era um evento muito importante feito nas unidades mais necessitadas de assistência. Por outro lado, era um acontecimento que mobilizava de forma muito intensa toda a logística do atendimento regular diário, paralisando o serviço em algumas unidades que entregavam toda sua capacidade de trabalho ao mutirão. Mesmo levando-se em consideração a possibilidade de sub registro das atividades do mutirão, há de se considerar a possibilidade de impactar negativamente o atendimento de unidades prisionais não participantes do evento, o que pode ter impedido o aumento no total da produção de serviços de saúde.

Cabe destacar que o objetivo do mutirão pode ser a busca de solução para problemas focais, em unidades específicas, que tenham uma alta demanda reprimida.

Assim, o não aumento do total da produtividade pode não ser uma falha no propósito desta empreitada.

Sobre os atendimentos de saúde, a partir dos relatórios é impossível fazer inferências sobre a qualidade do serviço prestado. Convém, entretanto, fazer algumas observações sobre a rotina de trabalho.

Quanto à odontologia, em que pese a consulta poder ser considerada isoladamente um serviço de saúde imprescindível, é nítida a necessidade de procedimentos cirúrgicos, restauradores, entre outros, frente aos dados epidemiológicos disponíveis (ROLLA SIQUEIRA et al., 2020).

Além de uma baixa quantidade de consultas mensais por dentista, há uma baixa média de procedimentos odontológicos por consulta, o que deve ser o gatilho para planejar a otimização desta oportunidade de tratamento. Afinal, como já exposto, o comparecimento do paciente no consultório demanda um esforço logístico que não é banal.

Pode-se ainda suspeitar que a deficiência no aporte de insumos e na manutenção de equipamentos seja um impeditivo para realização de extrações, restaurações, curativos e limpeza durante a consulta odontológica. Há relatos que os procedimentos curativos são executados com mais frequência quando há equipamentos e insumos disponíveis (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019).

Serviços de saúde bucal avaliados em todo território nacional mostram que 30,49% não realizavam um ou mais dos procedimentos curativos odontológicos entre restaurações de amálgama e resina; exodontias; raspagem, alisamento e polimento periodontal; curativo de demora; e drenagem de abscesso dento-alveolar (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019).

Uma das variáveis contextuais e da equipe de saúde que se mantiveram associada a realização de mais procedimentos odontológicos na atenção básica foi a proporção de exodontias menor que 8% (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019). No sistema prisional paraense, o percentual de exodontias chegou ao valor de 93,75% no período observado.

Quanto ao atendimento psicológico, o fato da triagem mostrar-se o procedimento mais frequentemente executado para esta categoria profissional, chegando a ser 72,56% frete ao total de atividades desenvolvidas, deixa a dúvida sobre o quanto de atividade pericial pode estar envolvida neste ofício, limitando a ação do psicólogo em questões de saúde (NASCIMENTO; BANDEIRA, 2018).

Outra questão a ser levada em consideração é que, apesar da PNAISP ser uma política na qual estados e municípios tenham responsabilidade por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, este estudo só pôde avaliar o número de consultas de médicos, dentistas e psicólogos. Nos dados secundários disponíveis, a falta de informações sobre a atuação de outros profissionais previstos na política, como enfermeiros e assistentes sociais, bem como a ausência da descrição de ações de prevenção e promoção de saúde, como palestras e vacinação, ocultam elementos importantíssimos sobre a concretização da política nacional dentro dos presídios paraenses.

Considerando que a maioria dos dados aqui mostrados são também apresentados nos relatórios que o DEPEN disponibiliza semestralmente para cada Unidade Federativa e para o país como um todo, seria de se esperar que as informações correlatas existentes nos relatórios institucionais do Sistema Prisional paraense e aqueles referentes ao Pará nos relatórios do DEPEN fossem, se não idênticas, pelo menos muito próximas. Não foi o resultado verificado.

É curioso constatar que, apesar dos relatórios do DEPEN apresentarem várias informações de saúde, não é costumaz a produção de pesquisas de saúde baseadas nestes dados secundários de domínio público. Diante dos números aqui comparados, pode-se cogitar que a não obrigatoriedade do preenchimento pelos profissionais de saúde, a partir de instrumentos de coleta muitas vezes inadequados, pode resultar em dados ausentes, redundantes ou conflitantes com a realidade do cuidado em saúde no sistema prisional.

Diante de tudo que foi exposto, mesmo diante de muitas limitações de dados e não havendo dúvida quanto à necessidade de novos trabalhos neste campo, pôde-se contribuir com muitas novas observações em uma área pouco estudada. A análise do cuidado em saúde prestado à totalidade da população prisional do estado de Pará foi um passo valioso para tentar compreender melhor a rotina dos serviços de saúde nas prisões bem como sugeriu novas perguntas a serem respondidas para otimização do cuidado.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto, ratifica-se a importância da pesquisa científica como ferramenta para se compreender a realidade do serviço público. Com a análise estatística dos dados, pôde-se ter visão geral do cuidado em saúde prisional no Pará. Por outro lado, algumas deficiências do serviço a serem sanadas também se revelaram.

Apesar de trabalhar com dados secundários de confiabilidade variável, alcançou-se resultados positivos como a descrição da população prisional e de algumas situações de saúde, correlações que podem impactar as atividades de saúde. Obviamente, também fica colocada a necessidade de mais dados a serem apresentados de forma pública, irrestrita e contínua, que possibilitem a produção de novos estudos e um aprofundamento sobre questões relevantes pertinentes às necessidades de saúde, oferta, acesso e uso de serviços de saúde no sistema prisional.

A oferta de serviço de saúde só pôde ser analisada no quantitativo de seus profissionais. Fica a necessidade de averiguar, por exemplo, a estrutura física e o aporte de insumos, além de questões de segurança, para uma suposição mais firme da capacidade produtiva direcionada à saúde dentro do cárcere.

A convicção da grande oscilação dos serviços de saúde entregues à população carcerária deve servir para se pensar a reorganização do trabalho onde a previsibilidade seja aliada do planejamento.

O incentivo financeiro a partir da habilitação das equipes parece promissor, necessitando, entretanto, de nova abordagem mais aprofundada sobre a cobertura das equipes do PNAISP, sobre as principais diferenças entre suas produções e sobre o fluxo de repasse dos Fundos de Saúde até o real gestor da saúde prisional

A consistência das notificações de tuberculose de PPL através do SINAN se mostra bastante satisfatória no Pará e leva à indagação deste desempenho em outros estados da federação. Também deixa patente a necessidade da informação sobre populações especiais nas notificações de outras doenças de interesse para esta população.

A ausência de correlação entre a incidência de doenças e consultas de profissionais de saúde deixa dúvidas sobre o sub registro de atendimentos, a capacidade de diagnóstico intramuros e o entrosamento da equipe. Também demanda a reformulação dos relatórios de atividades, destacando o de enfermagem, para averiguar mais claramente quais procedimentos estão sendo executados e quais são realmente e capazes de impactar positivamente a saúde prisional.

Este estudo não teve o objetivo de validar os dados do DEPEN. Para fazê-lo em profundidade, deve -se buscar metodologias e dados de referência garantidos para este fim. Entretanto, a comparação aqui apresentada mostra que seu uso em pesquisas, sobretudo de saúde, requer cautela. Mais trabalhos nesta direção são necessários.

Frente a tudo que foi apresentado nesta obra, ainda que carente de respostas completas e definitivas, pôde-se ter um novo olhar ao cuidado em saúde prisional. Ao analisar a totalidade das ações no estado do Pará é possível lançar novos desafios à gestão para melhoria do serviço.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. B. DE; PINTO, R. DA S.; ANTUNES, J. L. F. Tendências nos indicadores de desempenho e monitoramento de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00162019, 2020.

ANDRES LEHTMETS; JÖRG PONT. **Prison health care and medical ethics: A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being**. Strasbourg: Council of Europe, 2014.

ANTUNES, M. L. et al. Mutirão de cirurgias de adenotonsilectomias: uma solução viável? **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 73, n. 4, p. 446–451, ago. 2007.

BENGOA, A. et al. Availability and use of healthcare resources in prisons according to the transference model: a comparative study in Spain. **Revista Espanola De Sanidad Penitenciaria**, v. 20, n. 1, p. 21–29, 2018.

BENNEYAN, J. C.; LLOYD, R. C.; PLSEK, P. E. Statistical process control as a tool for research and healthcare improvement. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12, n. 6, p. 458–464, dez. 2003.

BENTO, V. F. R.; BROFMAN, P. R. S. Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba - Paraná. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 92, n. 6, p. 490–496, jun. 2009.

BORA, S. S. M. A Ascensão do Reino do Facão: Discutindo o colapso do Sistema Prisional Brasileiro. **Revista Aurora**, v. 11, n. 2, p. 9–22, 28 dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 7.210 de 11, de julho de 1984. Lei de Execução Penal. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 10227, 13 jul. 1984.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p. 1988.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 18055, 19 set. 1990 a.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990 b.

BRASIL. Ministério de Estado de Saúde e da Justiça. Portaria Interministerial Nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 39, 11 set. 2003.

BRASIL. Ministério de Estado de Saúde e da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 18, 02 jan. 2014.

BRASIL et al. **Crítérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. v. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, p. 38, 02 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 57, 11 fev. 2020.

BRASIL; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Atualização - Junho de 2017**. Brasília DF: [s.n.]. Disponível em: <<http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2020.

BROOKE, J.; DIAZ-GIL, A.; JACKSON, D. The impact of dementia in the prison setting: A systematic review. **Dementia (London, England)**, v. 19, n. 5, p. 1509–1531, jul. 2020.

CALCAGNO, S. C. Legislação Da Saúde Prisional Em Análise. **RELACult - Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, v. 5, n. 4, 5 maio 2019.

CANADA, K. E. et al. A systematic review of interventions for older adults living in jails and prisons. **Aging & Mental Health**, v. 24, n. 7, p. 1019–1027, 2 jul. 2020.

**Capacitações garantem novas oportunidades a detentos do sistema penitenciário do Pará**. Disponível em: <<https://www.cnabrazil.org.br/noticias/capacita%C3%A7%C3%B5es-garantem-novas-oportunidades-a-detentos-do-sistema-penitenci%C3%A1rio-do-par%C3%A1>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

CARDINS, K. K. B. et al. Access and rational use of medicines in the prison system in Paraíba. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 18 abr. 2019.

CARMO, M. E. DO; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 26 mar. 2018.

CARMO, H. DE O.; ARAÚJO, C. L. DE O. População idosa no sistema penitenciário: um olhar por trás das grades. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, p. 183–194, dez. 2011.

CARNIE, J. et al. **Prisoner Survey 2017**. Escócia: Scottish Prison service, dez. 2017. Disponível em: <<https://www.sps.gov.uk/Corporate/Publications/Publication-6101.aspx>>.

CARVALHO, S. G. DE; SANTOS, A. B. S. DOS; SANTOS, I. M. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3493–3502, set. 2020.

CESAR, T. DA S. A (in)salubridade do cárcere e outras causa mortis na Casa de Correção de Porto Alegre, 1855-1888. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, n. 3, p. 829–848, set. 2015.

CHARI, K. A. et al. National Survey of Prison Health Care: Select Findings. **National Health Statistics Reports**, v. 96, p. 1–23, 28 jul. 2016.

CHISINI, L. A. et al. Estudo de 19 anos dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 345–353, set. 2019.

CROPSEY, K. L. et al. The Unmet Medical Needs of Correctional Populations in the United States. **Journal of the National Medical Association**, v. 104, n. 11–12, p. 487–492, nov. 2012.

**Curso de refrigeração em Icoaraci prepara detentos para o mercado de trabalho**. Disponível em: <<http://www.seap.pa.gov.br/noticias/curso-de-refrigera%C3%A7%C3%A3o-em-icoaraci-prepara-detentos-para-o-mercado-de-trabalho>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

ENGGIST, S. et al. **Prisons in health**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2014.

FERNANDES, F. L. et al. Rehabilitation doxa and practitioner judgment. An analysis of symbolic violence on health care provision in the Scottish prison system. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2869–2877, set. 2018.

FERNANDES, L. H. et al. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 275–283, abr. 2014.

FERREIRA, P. G.; FERREIRA, A. J.; CRAVO-ROXO, P. Constrangimentos ao controle da tuberculose no sistema prisional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 71–83, jun. 2015.

FRANÇA, M. A. DE S. A. et al. Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017\*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, mar. 2020.

FRATER, A.; BARTLETT, A. Human cost of delivering healthcare in unhealthy prisons. **BMJ**, p. j1374, 28 mar. 2017.

GHIGGI, M. P. Envelhecimento e cárcere: Apontamentos sobre o tratamento do idoso preso em documentos do conselho nacional de política criminal e penitenciária. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 2, p. 9320–9332, 2020.

GIBSON, B. R.; PHILLIPS, G. Challenges and Opportunities in Correctional Health Care Quality: A Descriptive Analysis of Compliance With NCCHC Standards. **Journal of Correctional Health Care**, v. 22, n. 4, p. 280–289, out. 2016.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Tuberculose e hanseníase no Sistema Prisional**. Pernambuco: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, ago. 2016. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/tb\\_hansen\\_informe\\_segundo\\_semestre2016gerencia\\_tbhansenses.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/tb_hansen_informe_segundo_semestre2016gerencia_tbhansenses.pdf)>.

GREENE, M. et al. Older adults in jail: high rates and early onset of geriatric conditions. **Health & Justice**, v. 6, n. 1, p. 3, 17 fev. 2018.

HAMAD, R. et al. How and why studies disagree about the effects of education on health: A systematic review and meta-analysis of studies of compulsory schooling laws. **Social Science & Medicine**, v. 212, p. 168–178, set. 2018.

HEARD, C.; FAIR, H. **Pre-trial detention and its over use: Evidence from ten countries**. Londres: Institute for Crime & Justice Policy Research, 2019.

**Infopen**. Disponível em: <<http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/infopen>>. Acesso em: 9 dez. 2020.

ISMAIL, N. Rolling back the prison estate: the pervasive impact of macroeconomic austerity on prisoner health in England. **Journal of Public Health**, p. fdz058, 24 maio 2019.

ISMAIL, N.; WOODALL, J.; DE VIGGIANI, N. Using laws to further public health causes: the Healthy Prisons Agenda. **Global Health Promotion**, p. 175797591881109, 3 abr. 2019.

JEWKES, Y. et al. Designing ‘Healthy’ Prisons for Women: Incorporating Trauma-Informed Care and Practice (TICP) into Prison Planning and Design. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 20, p. 3818, 10 out. 2019.

LAROUZÉ, B.; SÁNCHEZ, A.; DIUANA, V. Tuberculosis behind bars in developing countries: a hidden shame to public health. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 102, n. 9, p. 841–842, set. 2008.

LERMEN, H. S. et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 905–924, set. 2015.

LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, dez. 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de

saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1370–1380, jul. 2013.

MACDONALD, M. Overcrowding and its impact on prison conditions and health. **International Journal of Prisoner Health**, v. 14, n. 2, p. 65–68, 11 jun. 2018.

MARTINS, É. L. C. et al. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1222–1234, dez. 2014.

MARTINS, M. et al. Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4541–4554, dez. 2019.

MARTINS, M.; PORTELA, M. C.; NORONHA, M. F. DE. Investigação em serviços de saúde: alguns apontamentos históricos, conceituais e empíricos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00006720, 2020.

MINAYO, M. C. DE S.; CONSTANTINO, P.; RIBEIRO, A. P. (EDS.). **Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2015.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA; DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **NOTA TÉCNICA Nº 79/2020/COATR/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.gov.br/depen/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/indices-envolvendo-custodiados/A%20evolucao%20dos%20indices%20de%20pessoas%20presas%20envolv%20em%20atividades%20laborais.pdf>>.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. DA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, jun. 2016.

MOHAMMED, M. A.; WORTHINGTON, P.; WOODALL, W. H. Plotting basic control charts: tutorial notes for healthcare practitioners. **Quality and Safety in Health Care**, v. 17, n. 2, p. 137–145, 1 abr. 2008.

MONTEIRO, F. M.; CARDOSO, G. R. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária: Um debate oportuno. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 13, p. 93–117, abr. 2013.

MÜLLER, J. et al. High variability of TB, HIV, hepatitis C treatment and opioid substitution therapy among prisoners in Germany. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 843, dez. 2017.

NASCIMENTO, L. G. DO; BANDEIRA, M. M. B. Saúde Penitenciária, Promoção de Saúde e Redução de Danos do Encarceramento: Desafios para a Prática do Psicólogo no Sistema Prisional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. spe2, p. 102–116, 2018.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. DO A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809–1820, maio 2019.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69–79, 1 nov. 2019.

OLIVEIRA, F. A. et al. Medicina além das grades – uma Experiência da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 134–143, dez. 2018.

OLIVEIRA, R. S. et al. Cômodo do inferno: acesso à Atenção Básica em duas delegacias de uma grande cidade brasileira. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. supl 1, p. e190524, 2020.

OPITZ-WELKE, A. et al. Medicine in the penal system. **Deutsches Aerzteblatt Online**, 30 nov. 2018.

PATE, R. et al. **A survey of dental services in adult prisons in England and Wales**. [s.l.] Public Health England, jul. 2014. Disponível em: <[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/328177/A\\_survey\\_of\\_prison\\_dental\\_services\\_in\\_England\\_and\\_Wales\\_2014.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/328177/A_survey_of_prison_dental_services_in_England_and_Wales_2014.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2020.

POLLITT, S.; WOOLLARD, L. Barriers to Access and Inadequate Levels of Care in North Carolina Jails. **North Carolina Medical Journal**, v. 80, n. 6, p. 345–346, nov. 2019.

REPULLO, J. R. Sanidad Penitenciaria: reflexiones sobre la inercia de los sistemas y la baja efectividad de las políticas sanitarias en España. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**, v. 16, n. 3, p. 103–109, fev. 2014.

ROCHA, M. S. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, mar. 2020.

ROLLA SIQUEIRA, M. et al. Saúde bucal da população carcerária: Levantamento epidemiológico. **Journal of Research in Dentistry**, v. 7, n. 6, p. 91, 20 abr. 2020.

SÁNCHEZ, A.; LAROUZÉ, B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2071–2080, jul. 2016.

SANHUEZA, G.; CANDIA, J. Access to healthcare in Chilean prisons: an inmates' perspective. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**, v. 21, n. 1, p. 5–10, 1 jun. 2019.

SCHULTZ, Á. L. V. et al. Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira. **Argumentum**, v. 9, n. 2, p. 92–107, 12 set. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DO PARÁ. **Susipe inaugura Centro de Recuperação Feminino em Marabá | Secretaria de Estado de Administração Penitenciária.** Disponível em: <<http://www.seap.pa.gov.br/multimidia/galeria-de-imagens/susipe-inaugura-centro-de-recupera%C3%A7%C3%A3o-feminino-em-marab%C3%A1>>. Acesso em: 4 jan. 2021.

SILVA, M. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política.** Brasília: Verbena Editora, 2015.

SILVEIRA, N. O. DA. **A Trajetória da Saúde Prisional no Brasil.** Monografia—Porto Alegre: Universidade federal do Rio Grande do Sul, 2015.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 1999–2010, jul. 2016.

**Susipe reduz em 42% o número de casos de hanseníase nos presídios do Pará.** Disponível em: <<http://www.seap.pa.gov.br/noticias/susipe-reduz-em-42-o-n%C3%BAmero-de-casos-de-hansen%C3%ADase-nos-pres%C3%ADdios-do-par%C3%A1>>. Acesso em: 23 jan. 2021.

THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. e00029418, 2019.

TOPP, S. M. et al. Mapping the Zambian prison health system: An analysis of key structural determinants. **Global Public Health**, v. 12, n. 7, p. 858–875, 3 jul. 2017.

TORQUATO, C. T.; BARBOSA, L. V. C. O sistema penitenciário brasileiro e o quantitativo de servidores em atividade nos serviços penais: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Execução Penal**, v. 1, n. 2, p. 251–272, dez. 2020.

VALIM, E. M. A. et al. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. **Revista Bioética**, v. 26, n. 2, p. 282–290, jun. 2018.

VALIM, E. M. A.; DAIBEM, A. M. L.; HOSSNE, W. S. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. **Revista Bioética**, v. 26, n. 2, p. 282–290, jun. 2018.

WILLIAMS, D. R. Miles to Go before We Sleep: Racial Inequities in Health. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 53, n. 3, p. 279–295, set. 2012.

WIRTZ, A. L. et al. HIV and Viral Hepatitis Among Imprisoned Key Populations. **Epidemiologic Reviews**, v. 40, n. 1, p. 12–26, 01 2018.

**World Prison Brief.** Disponível em: <<https://www.prisonstudies.org/>>. Acesso em: 21 nov. 2020.

## APÊNDICE A: VARIÁVEIS ORIGINAIS, DESCRIÇÃO E FONTE DE COLETA.

Variável	Descrição	Fonte
id	Identidade temporal da observação. O Número 1 não se refere a dia.	Relatórios SUSIPE em Números
month	Mês da observação	
year	Ano da observação	
n_pessoas_presas	Número total de pessoas custodiados	
n_homens_custodiados	Número de homens custodiados	
n_mulheres_custodiadas	Número de mulheres custodiadas	
n_pessoas_sexo_nao_inform	Número de custodiads de sexo não informado	
n_homem_reg_provisorio	Número de homens em regime provisório	
n_mulher_reg_provisorio	Número de mulheres em regime provisório	
n_homens_reg_fechado	Número de homens em regime fechado	
n_mulher_reg_fechado	Número de mulheres em regime fechado	
n_homem_reg_semiaberto	Número de homens em regime semi aberto	
n_mulher_reg_semiaberto	Número de mulheres em regime semi aberto	
n_homem_med_seguranca	Número de homens em medida de segurança	
n_mulher_med_seguranca	Número de mulheres em regime de segurança	
n_homem_aberto_monit_eletr	Número de homens em regime aberto e/ou monitoramento eletrônico	
n_mulher_aberto_monit_elet	Número de mulheres em regime aberto e/ou monitoramento eletrônico	
n_vagas	Número total de vagas	
n_vagas_masculinas	Número de vagas masculinas	
n_vagas_femininas	Número de vagas femininas	
n_pessoas_analfabetas	Número de pessoas analfabetas	
n_pessoas_alfabetizadas	Número de pessoas alfabetizadas	
n_ens_fundamental_incompleto	Número de pessoas com ensino fundamental incompleto	
n_ens_fundamental_completo	Número de pessoas com ensino fundamental completo	
n_ens_medio_incompleto	Número de pessoas com ensino médio incompleto	

n_ens_medio_completo	Número de pessoas com ensino médio completo
n_ens_superior_incompleto	Número de pessoas com ensino superior incompleto
n_ens_superior_completo	Número de pessoas com ensino superior completo
n_ens_acima_super_completo	Número de pessoas com ensino acima do superior completo
n_escolaridade_nao_informado	Número de pessoas com escolaridade não informada
n_pessoas_branças	Número de pessoas brancas
n_pessoas_pretas	Número de pessoas pretas
n_pessoas_pardas	Número de pessoas pardas
n_pessoas_amarelas	Número de pessoas amarelas
n_pessoas_indígenas	Número de pessoas indígenas
n_pessoas_outras_etnias	Número de pessoas de outras etnias
n_18_a_24_anos	Número de pessoas com idade entre 18 e 24 anos
n_25_a_29_anos	Número de pessoas com idade entre 25 e 29 anos
n_30_a_34_anos	Número de pessoas com idade entre 30 e 34 anos
n_35_a_45_anos	Número de pessoas com idade entre 35 e 45 anos
n_46_a_60_anos	Número de pessoas com idade entre 46 e 60 anos
n_acima_60_anos	Número de pessoas com idade acima de 60 anos
n_idade_nao_informado	Número de pessoas com idade não informada
n_pessoas_trabalhando	Número de pessoas trabalhando
n_pessoas_estudando	Número de pessoas estudando
n_medic_clinica_geral	Número de médicos de clinica geral
n_medic_pediatra	Número de médicos pediatra
n_medic_gineco	Número de médicos ginecologista
n_medic_psiquiatria	Número de médicos psiquiatras
n_farmaceutics	Número de farmaceutics
n_enfermeirs	Número de enfermeirs
n_tecnic_enfermagem	Número de técnicos de enfermagem
n_dentistas	Número de dentistas
n_psicologs	Número de psicólogos
n_assistente_social	Número de assistentes sociais
n_terapeuta_ocupacional	Número de terapeutas ocupacionais

n_exame_laboratorial_tb	Número de exames de laboratoriais de tuberculose realizado em laboratório próprio do sistema prisional
n_prog_tuberculose	Número de custodiados no programa de tuberculose
n_prog_saude_mental	Número de custodiados no programa de saúde mental
n_prog_dst_hiv_hepatite	Número de custodiados no programa de hiv hepatite
n_prog_hiperdia	Número custodiados no programa hiperdia
n_prog_hansenias_e	Número custodiados no programa de hanseniose
n_prog_osteomizados	Número custodiados no programa de osteomizados
n_atendimento_odontologico	Número de atendimentos odontológicos
n_tartarectomia	Número de tartarectomias
n_exodontias	Número de exodontias
n_restauracoes_resina	Número de restaurações de resina
n_restauracoes_amalgama	Número de restaurações de amalgama
n_curativo_dentario	Número de curativos dentário
n_atend_indiv_psi-co	Número de atendimentos individuais de psicologia
n_triagem_psicologica	Número de triagem psicológica
n_escuta_psicologica	Número de escuta e aconselhamento psicológico
n_acompanh_psicologico	Número de acompanhamento psicológico
n_acomp_individual_to	Número de acompanhamento individual em terapia ocupacional
n_atend_individual_to	Número de atendimento individual em terapia ocupacional
n_atend_grupo_to	Número de atendimento em grupo em terapia ocupacional
n_triagem_to	Número de triagem em terapia ocupacional
n_aval_tecnica_to	Número de avaliação técnica em terapia ocupacional
n_consulta_medica_interna	Número de consulta de médica interna
n_consulta_medica_externa	Número de consulta de médica externa
n_novos_ingressos	Número de ingressos e reingressos no sistema prisional
mutirao	Ocorrência de mutirão em saúde (0=não, 1=sim)
psi_col_comp_dados	Número de atendimentos para coleta complementar de dados em psicologia
to_ac_enc_educacao	Número de encaminhamentos para educação em terapia ocupacional

to_at_psiquiatico	Número de atendimentos psiquiátricos em terapia ocupacional	
to_at_reabilitacao	Número de atendimentos em reabilitação em terapia ocupacional	
n_eq_saude_pris_estadual	Número de equipes de saúde prisional estadual	CNES
n_eq_saude_pris_municipal	Número de equipes de saúde prisional municipal	
n_tb_sinan_ppl	Número de notificações de tuberculose segundo o SINAN por mês de diagnóstico para PPL	SINAN
n_tb_sinan_ignor_branc_ppl	Número de notificações de tuberculose segundo o SINAN por mês de diagnóstico com campo PPL ignorado ou em branco	
n_tb_sinan_presidio	Número de notificações de tuberculose segundo o SINAN por mês de diagnóstico para institucionalizados em presídios	
n_tb_sinan_hctp	Número de notificações de tuberculose segundo o SINAN por mês de diagnóstico para institucionalizados em hospitais psiquiátricos	
n_tb_sinan_ig_brc_pre_hctp	Número de notificações de tuberculose segundo o SINAN por mês de diagnóstico com campo institucionalizado ignorado ou em branco	
repasse_ms_municipal_ab	Valor de repasse do FNS para os fundos municipais de saúde paraenses referentes à atenção básica prisional	FNS E E-gestor AB
repasse_ms_estadual_ab	Valor de repasse do FNS para o fundo estadual de saúde paraense referentes à atenção básica prisional	
repasse_ms_estadual_af	Valor de repasse do FNS para o fundo estadual de saúde paraense referentes à atenção farmacêutica prisional	
n_agentes_prisionais	Número de agentes prisionais	Portal da Transparência do Pará

Fonte: a autora, 2020.

## APÊNDICE B: VARIÁVEIS CONSTRUÍDAS A PARTIR DOS DADOS ORIGINAIS, DESCRIÇÃO E CÁLCULO.

Variável	Descrição	Cálculo
homens	Número de homens custodiados	$homens = n_{homem\_reg\_provisorio} + n_{homens\_reg\_fechado} + n_{homem\_reg\_semiaberto} + n_{homem\_med\_seguranca} + n_{homem\_aberto\_monit\_eletr}$ ;
mulheres	Número de mulheres custodiadas	$mulheres = n_{mulher\_reg\_provisorio} + n_{mulher\_reg\_fechado} + n_{mulher\_reg\_semiaberto} + n_{mulher\_aberto\_monit\_elet}$ ;
pop_total	Total de custodiados	$pop\_total = homens + mulheres$ ;
perc_mulheres	Percentual de mulheres custodiadas	$perc\_mulheres = (mulheres / pop\_total) * 100$ ;
perc_homens	Percentual de homens custodiados	$perc\_homens = (homens / pop\_total) * 100$ ;
vagas	Total de vagas	$vagas = n_{vagas\_masculinas} + n_{vagas\_femininas}$ ;
PPL_por_vaga	Razão de custodiados por vaga (Inclui regime aberto)	$PPL\_por\_vaga = pop\_total / vagas$ ;
razao_vaga_masc	Razão de homens por vaga masculina	$razao\_vaga\_masc = homens / n_{vagas\_masculinas}$ ;
razao_vaga_fem	Razão de mulheres por vaga feminina	$razao\_vaga\_fem = mulheres / n_{vagas\_femininas}$ ;
perc_provsnos	Percentual de custodiados em regime aberto	$perc\_provsnos = ((n_{homem\_reg\_provisorio} + n_{mulher\_reg\_provisorio}) / pop\_total) * 100$ ;
perc_fechado	Percentual de custodiados em regime fechado	$perc\_fechado = ((n_{homens\_reg\_fechado} + n_{mulher\_reg\_fechado}) / pop\_total) * 100$ ;
perc_semiaberto	Percentual de custodiados em regime semiaberto	$perc\_semiaberto = ((n_{homem\_reg\_semiaberto} + n_{mulher\_reg\_semiaberto}) / pop\_total) * 100$ ;
perc_med_seg	Percentual de custodiados em medida de segurança	$perc\_med\_seg = ((n_{homem\_med\_seguranca} + n_{mulher\_med\_seguranca}) / pop\_total) * 100$ ;
perc_aberto	Percentual de custodiados em regime aberto	$perc\_aberto = ((n_{homem\_aberto\_monit\_eletr} + n_{mulher\_aberto\_monit\_elet}) / pop\_total) * 100$ ;
perc_analfabet	Percentual de custodiados analfabetos	$perc\_analfabet = (n_{pessoas\_analfabetas} / pop\_total) * 100$ ;
perc_alfabetizad	Percentual de custodiados alfabetizados sem ensino formal	$perc\_alfabetizad = (n_{pessoas\_alfabetizadas} / pop\_total) * 100$ ;
perc_ens_fund_incompleto	Percentual de custodiados com ensino fundamental incompleto	$perc\_ens\_fund\_incompleto = (n_{ens\_fundament\_incompleto} / pop\_total) * 100$ ;
perc_ens_fund_completo	Percentual de custodiados com ensino fundamental completo	$perc\_ens\_fund\_completo = (n_{ens\_fundament\_completo} / pop\_total) * 100$ ;
perc_ens_med_incomp	Percentual de custodiados com ensino médio incompleto	$perc\_ens\_med\_incomp = (n_{ens\_medio\_incompleto} / pop\_total) * 100$ ;
perc_ens_med_comp	Percentual de custodiados com ensino médio completo	$perc\_ens\_med\_comp = (n_{ens\_medio\_completo} / pop\_total) * 100$ ;
perc_ens_sup_incomp	Percentual de custodiados com ensino superior incompleto	$perc\_ens\_sup\_incomp = (n_{ens\_superior\_incompleto} / pop\_total) * 100$ ;
perc_ens_sup_comp	Percentual de custodiados com ensino superior completo	$perc\_ens\_sup\_comp = (n_{ens\_superior\_completo} / pop\_total) * 100$ ;

perc_ens_acima_sup_com_p	Percentual de custodiados com ensino acima do superior	$\text{perc\_ens\_acima\_sup\_comp}=(n\_ens\_acima\_super\_completo/pop\_total)*100$ ;
perc_esc_n_inf	Percentual de custodiados com escolaridade não informada	$\text{perc\_esc\_n\_inf}=(n\_escolaridade\_nao\_inform/pop\_total)*100$ ;
perc_brancs	Percentual de custodiados brancos	$\text{perc\_brancs}=(n\_pessoas\_brancas/pop\_total)*100$ ;
perc_prets	Percentual de custodiados pretos	$\text{perc\_prets}=(n\_pessoas\_pretas/pop\_total)*100$ ;
perc_pards	Percentual de custodiados pardos	$\text{perc\_pards}=(n\_pessoas\_pardas/pop\_total)*100$ ;
perc_amarels	Percentual de custodiados amarelos	$\text{perc\_amarels}=(n\_pessoas\_amarelas/pop\_total)*100$ ;
perc_indigens	Percentual de custodiados indígenas	$\text{perc\_indigens}=(n\_pessoas\_indigenas/pop\_total)*100$ ;
perc_out_etnias	Percentual de custodiados de outras etnias	$\text{perc\_out\_etnias}=(n\_pessoas\_outras\_etnias/pop\_total)*100$ ;
perc_18_a_24	Percentual de custodiados de 18 a 24 anos	$\text{perc\_18\_a\_24}=(n\_18\_a\_24\_anos/pop\_total)*100$ ;
perc_25_a_29	Percentual de custodiados de 25 a 29 anos	$\text{perc\_25\_a\_29}=(n\_25\_a\_29\_anos/pop\_total)*100$ ;
perc_30_a_34	Percentual de custodiados de 30 a 34 anos	$\text{perc\_30\_a\_34}=(n\_30\_a\_34\_anos/pop\_total)*100$ ;
perc_35_a_45	Percentual de custodiados de 35 a 45 anos	$\text{perc\_35\_a\_45}=(n\_35\_a\_45\_anos/pop\_total)*100$ ;
perc_46_a_60	Percentual de custodiados de 46 a 60 anos	$\text{perc\_46\_a\_60}=(n\_46\_a\_60\_anos/pop\_total)*100$ ;
perc_acima_60	Percentual de custodiados de mais de 60 anos	$\text{perc\_acima\_60}=(n\_acima\_60\_anos/pop\_total)*100$ ;
perc_trabalhando	Percentual de custodiados trabalhando	$\text{perc\_trabalhando}=(n\_pessoas\_trabalhando/pop\_total)*100$ ;
perc_estudando	Percentual de custodiados estudando	$\text{perc\_estudando}=(n\_pessoas\_estudando/pop\_total)*100$ ;
tot_medics	Total de médicos	$\text{tot\_medics}=n\_medic\_clinica\_geral+n\_medic\_pediatra+n\_medic\_gineco+n\_medic\_psiquiatra$ ;
mil_dentista	Mil vezes o número de dentistas	$\text{mil\_dentista}=n\_dentistas*1000$ ;
mil_psiacol	Mil vezes o número de psicólogos	$\text{mil\_psicol}=n\_psicologs*1000$ ;
mil_médics	Mil vezes o número de médicos	$\text{mil\_medics}=\text{tot\_medics}*1000$ ;
mil_enf	Mil vezes o número de enfermeiros	$\text{mil\_enf}=n\_enfermeirs*1000$ ;
mil_farmacêutic	Mil vezes o número de farmacêuticos	$\text{mil\_farmaceutic}=n\_farmaceutics*1000$ ;
mil_ag_prisonal	Mil vezes o número de agentes prisionais	$\text{mil\_ag\_prisonal}=n\_agentes\_prisionais*1000$ ;
tx_dentista_milPPL	Número de dentistas para mil custodiados	$\text{tx\_dentista\_milPPL}=(n\_dentistas/pop\_total)*1000$ ;

tx_psic_milPPL	Número de psicólogos para mil custodiados	$tx\_psic\_milPPL=(n\_psicologs/pop\_total)*1000;$
tx_medic_milPPL	Número de médicos para mil custodiados	$tx\_medic\_milPPL=(tot\_medics/pop\_total)*1000;$
tx_enf_milPPL	Número de enfermeiros para mil custodiados	$tx\_enf\_milPPL=(n\_enfermeirs/pop\_total)*1000;$
tx_farm_milPPL	Número de farmacêuticos para mil custodiados	$tx\_farm\_milPPL=(n\_farmaceutics/pop\_total)*1000;$
tx_tec_enf_milPPL	Número de técnicos de enfermagem por mil PPL	$tx\_tec\_enf\_milPPL=(n\_tecnic\_enfermagem/pop\_total)*1000;$
tx_ag_prisonal_milPPL	Número de agentes prisionais para mil custodiados	$tx\_ag\_prisonal\_milPPL=(n\_agentes\_prisonais/pop\_total)*1000;$
n_PPL_dentista	Número de PPL por profissional dentista	$n\_PPL\_dentista=pop\_total/n\_dentistas;$
n_PPL_psic	Número de PPL por profissional psicólogo	$n\_PPL\_psic=pop\_total/n\_psicologs;$
n_PPL_medico	Número de PPL por profissional médico	$n\_PPL\_medic=pop\_total/tot\_medics;$
n_PPL_enf	Número de PPL por profissional enfermeiro	$n\_PPL\_enf=pop\_total/n\_enfermeirs;$
n_PPL_farm	Número de PPL por profissional farmacêutico	$n\_PPL\_farm=pop\_total/n\_farmaceutics;$
n_PPL_ag_prisonal	Número de PPL por profissional médico	$n\_PPL\_ag\_prisonal=pop\_total/n\_agentes\_prisonais;$
n_dentista_PPL	Número de dentista por PPL	$n\_dentista\_PPL=n\_dentistas/pop\_total;$
n_psic_PPL	Número de psicólogo por PPL	$n\_psic\_PPL=n\_psicologs/pop\_total;$
n_medico_PPL	Número de médico por PPL	$n\_medic\_PPL=tot\_medics/pop\_total;$
n_enf_PPL	Número de enfermeiro por PPL	$n\_enf\_PPL=n\_enfermeirs/pop\_total;$
n_farm_PPL	Número de farmacêutico por PPL	$n\_farm\_PPL=n\_farmaceutics/pop\_total;$
n_ag_prisonal_PPL	Número de agente prisional por PPL	$n\_ag\_prisonal\_PPL=n\_agentes\_prisonais/pop\_total;$

Fonte: a autora, 2020.

**APÊNDICE C: COMPARAÇÃO DOS DADOS DOS RELATÓRIOS ANALÍTICOS DO DEPEN AOS DOS RELATÓRIOS “SUSIPE EM NÚMEROS” (DADOS COMPLETOS).**

<b>1º SEMESTRE DE 2014</b>						
	<b>DEPEN</b>	<b>SUSIPE</b>	<b>DEPEN %</b>	<b>SUSIPE %</b>	<b>DIF%ABSOL</b>	<b>DIF%PROP</b>
<b>População</b> (exclui carceragens)	12604	12047			4,62	
<b>Vagas</b>	9021	7522			19,93	
<b>Outras vagas*</b>	180	x				
<b>Prof custódia</b>	1799	2141			-15,97	
<b>Enfermeiros</b>	28	28			0,00	
<b>Tec enfermagem</b>	102	117			-12,82	
<b>Psicólogos</b>	50	56			-10,71	
<b>Dentistas</b>	23	16			43,75	
<b>Med clin geral</b>	21	18			16,67	
<b>Med gineco</b>	1	2			-50,00	
<b>Med psiquiatra</b>	1	1			0,00	
<b>Med outros</b>	2	2			0,00	
<b>Terapeuta ocupacional</b>	13	13			0,00	
<b>18 a 24 anos</b>	4281	4561	33,68	37,83	-6,14	-10,96
<b>25 a 29 anos</b>	3119	3225	24,54	26,75	-3,29	-8,26
<b>30 a 34 anos</b>	2044	2150	16,08	17,83	-4,93	-9,82
<b>35 a 45 anos</b>	1303	1457	10,25	12,09	-10,57	-15,16
<b>46 a 60 anos</b>	478	556	3,76	4,61	-14,03	-18,45
<b>Mais de 60 anos</b>	105	104	0,83	0,86	0,96	-4,23
<b>61 a 70 anos</b>	99	X	0,78	0,86	-4,81	-9,70
<b>Mais de 70 anos</b>	6	X	0,05	#VALOR!	#VALOR!	#VALOR!
<b>Idade não inf</b>	1274	3	10,02	0,02	42366,67	40184,69
<b>Total por idade</b>	<b>12709</b>	<b>12056</b>			5,42	
<b>Brancos</b>	1560	1709	12,38	14,18	-8,72	-12,69
<b>Negros</b>	9484	1997	75,25	16,56	374,91	354,26
<b>Pardos</b>	0	8001	0,00	66,37	-100,00	-100,00
<b>Amarelos</b>	265	306	2,10	2,54	-13,40	-17,16
<b>Indígenas</b>	7	33	0,06	0,27	-78,79	-79,71
<b>Outras etnias</b>	8	10	0,06	0,08	-20,00	-23,48
<b>Etnia não inf</b>	1280	0	10,16	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!
<b>Total por etnia</b>	<b>12604</b>	<b>12056</b>			4,55	
<b>Analfabeto</b>	713	662	5,66	5,49	7,70	3,02
<b>Alfabetizado</b>	867	1061	6,88	8,80	-18,28	-21,84
<b>Fundamental incompleto</b>	6334	6952	50,25	57,66	-8,89	-12,85
<b>Fundamental completo</b>	1613	1060	12,80	8,79	52,17	45,55
<b>Médio incompleto</b>	1309	1356	10,39	11,25	-3,47	-7,66
<b>Médio completo</b>	677	862	5,37	7,15	-21,46	-24,88
<b>Superior incompleto</b>	72	55	0,57	0,46	30,91	25,22
<b>Superior completo</b>	24	39	0,19	0,32	-38,46	-41,14

<b>Acima superior completo</b>	0	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	
<b>Escolaridade não inf</b>	995	9	7,89	0,07	10955,56	10474,88
<b>Total por escolaridade</b>	<b>12604</b>	<b>12056</b>			4,55	
<b>Trabalhando</b>	1347	1559			-13,60	
<b>Estudando</b>	1054	997			5,72	
<b>Consulta médica externa</b>	2376	1568			51,53	
<b>Consulta médica interna</b>	6961	5042			38,06	
<b>Consulta psicológica</b>	9959	9392			6,04	
<b>Consulta odontológica</b>	4073	1939			110,06	

## 2º SEMESTRE DE 2014

	DEPEN	SUSIPE	DEPEN %	SUSIPE %	DIF%ABSOL	DIF%PROP
<b>População (exclui carceragens)</b>	11958	12206			-2,03	
<b>Vagas</b>	7889	7889			0,00	
<b>Outras vagas*</b>	0	X				
<b>Prof custódia</b>	1795	2137			-16,00	
<b>Enfermeiros</b>	27	28			-3,57	
<b>Tec enfermagem</b>	121	122			-0,82	
<b>Psicólogos</b>	50	57			-12,28	
<b>Dentistas</b>	26	17			52,94	
<b>Med clin geral</b>	29	15			93,33	
<b>Med gineco</b>	1	2			-50,00	
<b>Med psiquiatra</b>	1	1			0,00	
<b>Med outros</b>	0	2			-100,00	
<b>Terapeuta ocupacional</b>	13	12			8,33	
<b>18 a 24 anos</b>	4453	4513	36,95	36,81	-1,33	0,38
<b>25 a 29 anos</b>	3378	3448	28,03	28,12	-2,03	-0,33
<b>30 a 34 anos</b>	2046	2114	16,98	17,24	-3,22	-1,54
<b>35 a 45 anos</b>	1462	1535	12,13	12,52	-4,76	-3,10
<b>46 a 60 anos</b>	526	553	4,36	4,51	-4,88	-3,23
<b>Mais de 60 anos</b>	93	97	0,77	0,79	-4,12	-2,46
<b>61 a 70 anos</b>	93	X	0,77	0,79	-4,12	-2,46
<b>Mais de 70 anos</b>	0	X	0,00			
<b>Idade não inf</b>	0	0	0,00	0,00		
<b>Total por idade</b>	12051	12260			-1,70	
<b>Branco</b>	1616	1646	13,51	13,43	-1,82	0,66
<b>Negro</b>	2010	2056	16,81	16,77	-2,24	0,23
<b>Pardo</b>	7922	8141	66,25	66,40	-2,69	-0,23
<b>Amarelo</b>	333	324	2,78	2,64	2,78	5,37
<b>Indígena</b>	13	29	0,11	0,24	-55,17	-54,04
<b>Outras etnias</b>	64	64	0,54	0,52	0,00	2,53
<b>Etnia não inf</b>	0	0	0,00	0,00		
<b>Total por etnia</b>	11958	12260			-2,46	
<b>Analfabeto</b>	734	730	6,14	5,95	0,55	3,10
<b>Alfabetizado</b>	1119	1139	9,36	9,29	-1,76	0,74

Fundamental incompleto	6896	7058	57,68	57,57	-2,30	0,19
Fundamental completo	1076	1089	9,00	8,88	-1,19	1,32
Médio incompleto	1251	1316	10,46	10,73	-4,94	-2,52
Médio completo	799	839	6,68	6,84	-4,77	-2,35
Superior incompleto	44	46	0,37	0,38	-4,35	-1,92
Superior completo	35	41	0,29	0,33	-14,63	-12,46
Acima superior completo	0	0	0,00	0,00		
Escolaridade não inf	2	2	0,02	0,02	0,00	2,54
Total por escolaridade	11956	12260			-2,48	
Trabalhando	1108	X				
Estudando	846	1705			-50,38	
Consulta médica externa	3099	1698			82,51	
Consulta médica interna	6944	4295			61,68	
Consulta psicológica	6206	9534			-34,91	
Consulta odontológica	3582	2824			26,84	

## 2º SEMESTRE DE 2015

	DEPEN	SUSIPE	DEPEN %	SUSIPE %	DIF%ABSOL	DIF%PROP
População	12402	12896			-3,83	
(exclui carceragens)						
Vagas	8439	8439			0,00	
Outras vagas*		x				
Prof custódia	1921	2236			-14,09	
Enfermeiros	36	28			28,57	
Tec enfermagem	120	141			-14,89	
Psicólogos	41	60			-31,67	
Dentistas	26	25			4,00	
Med clin geral	24	21			14,29	
Med gineco		1			-100,00	
Med psiquiatra		2			-100,00	
Med outros		1			-100,00	
Terapeuta ocupacional	9	13			-30,77	
18 a 24 anos	4526	4644	36,18	36,02	-2,54	0,44
25 a 29 anos	3299	3512	26,37	27,24	-6,06	-3,20
30 a 34 anos	2210	2297	17,67	17,82	-3,79	-0,85
35 a 45 anos	1624	1692	12,98	13,12	-4,02	-1,09
46 a 60 anos	627	639	5,01	4,96	-1,88	1,12
Mais de 60 anos	108	108	0,86	0,84	0,00	3,05
61 a 70 anos	108	X	0,86	0,84	0,00	3,05
Mais de 70 anos	0	X	0,00			
Idade não inf	8	0	0,06	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!
Total por idade	12510	12892			-2,96	
Branco	1883	1934	15,18	15,00	-2,64	1,24
Negro	2273	2358	18,33	18,28	-3,60	0,23
Pardo	7787	8146	62,79	63,17	-4,41	-0,60
Amarelo	325	332	2,62	2,57	-2,11	1,79

<b>Indígenas</b>	38	38	0,31	0,29	0,00	3,98
<b>Outras etnias</b>	0	88	0,00	0,68	-100,00	-100,00
<b>Etnia não inf</b>	96	0	0,77	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!
<b>Total por etnia</b>	<b>12402</b>	<b>12896</b>			-3,83	
<b>Analfabeto</b>	680	687	5,48	5,33	-1,02	2,92
<b>Alfabetizado</b>	1029	1038	8,30	8,05	-0,87	3,08
<b>Fundamental incompleto</b>	7097	7426	57,22	57,58	-4,43	-0,62
<b>Fundamental completo</b>	1329	1382	10,72	10,72	-3,84	0,00
<b>Médio incompleto</b>	1279	1333	10,31	10,34	-4,05	-0,23
<b>Médio completo</b>	861	904	6,94	7,01	-4,76	-0,96
<b>Superior incompleto</b>	55	57	0,44	0,44	-3,51	0,33
<b>Superior completo</b>	44	49	0,35	0,38	-10,20	-6,63
<b>Acima superior completo</b>	3	3	0,02	0,02	0,00	3,98
<b>Escolaridade não inf</b>	25	17	0,20	0,13	47,06	52,92
<b>Total por escolaridade</b>	<b>12402</b>	<b>12896</b>			-3,83	
<b>Trabalhando</b>	1412	1783			-20,81	
<b>Estudando</b>	969	2084			-53,50	
<b>Consulta médica externa</b>	3940	810			386,42	
<b>Consulta médica interna</b>	13971	4393			218,03	
<b>Consulta psicológica</b>	18992	8414			125,72	
<b>Consulta odontológica</b>	6259	4353			43,79	

### 1º SEMESTRE DE 2016

	DEPEN	SUSIPE	DEPEN %	SUSIPE %	DIF%ABSOL	DIF%PROP
<b>População</b>	13811	14434			-4,32	
<b>(exclui carceragens)</b>						
<b>Vagas</b>	8489	8442			0,56	
<b>Outras vagas*</b>	0	x				
<b>Prof custódia</b>	1933	2279			-15,18	
<b>Enfermeiros</b>	36	31			16,13	
<b>Tec enfermagem</b>	122	140			-12,86	
<b>Psicólogos</b>	41	60			-31,67	
<b>Dentistas</b>	26	24			8,33	
<b>Med clin geral</b>	24	23			4,35	
<b>Med gineco</b>		1			-100,00	
<b>Med psiquiatra</b>		2			-100,00	
<b>Med outros</b>		1			-100,00	
<b>Terapeuta ocupacional</b>	9	13			-30,77	
<b>18 a 24 anos</b>	5076	5185	36,30	35,92	-2,10	1,06
<b>25 a 29 anos</b>	3866	4180	27,65	28,96	-7,51	-4,53
<b>30 a 34 anos</b>	2404	2513	17,19	17,41	-4,34	-1,25
<b>35 a 45 anos</b>	1667	1750	11,92	12,12	-4,74	-1,67
<b>46 a 60 anos</b>	608	620	4,35	4,30	-1,94	1,23
<b>Mais de 60 anos</b>	172	178	1,23	1,23	-3,37	-0,25
<b>61 a 70 anos</b>	172	X	1,23	1,23	-3,37	-0,25
<b>Mais de 70 anos</b>	0	X	0,00			
<b>Idade não inf</b>	18	8	0,13	0,06	125,00	132,26

<b>Total por idade</b>	13983	14434			-3,12	
<b>Branços</b>	1875	1962	13,58	13,59	-4,43	-0,12
<b>Negros</b>	2493	2608	18,05	18,07	-4,41	-0,10
<b>Pardos</b>	9017	9443	65,29	65,42	-4,51	-0,20
<b>Amarelos</b>	285	290	2,06	2,01	-1,72	2,71
<b>Indígenas</b>	26	26	0,19	0,18	0,00	4,51
<b>Outras etnias</b>		105	0,00	0,73	-100,00	-100,00
<b>Etnia não inf</b>	115	0	0,83	0,00		
<b>Total por etnia</b>	13811	14434			-4,32	
<b>Analfabeto</b>	735	739	5,32	5,12	-0,54	3,95
<b>Alfabetizado</b>	1171	1180	8,48	8,18	-0,76	3,71
<b>Fundamental incompleto</b>	7929	8288	57,41	57,42	-4,33	-0,02
<b>Fundamental completo</b>	1426	1516	10,33	10,50	-5,94	-1,69
<b>Médio incompleto</b>	1456	1543	10,54	10,69	-5,64	-1,38
<b>Médio completo</b>	965	1045	6,99	7,24	-7,66	-3,49
<b>Superior incompleto</b>	57	58	0,41	0,40	-1,72	2,71
<b>Superior completo</b>	34	46	0,25	0,32	-26,09	-22,75
<b>Acima superior completo</b>	12	3	0,09	0,02	300,00	318,04
<b>Escolaridade não inf</b>	26	16	0,19	0,11	62,50	69,83
<b>Total por escolaridade</b>	13811	14434			-4,32	
<b>Trabalhando</b>	1637	1964			-16,65	
<b>Estudando</b>	1259	2093			-39,85	
<b>Consulta médica externa</b>	1894	1431			32,35	
<b>Consulta médica interna</b>	9740	12588			-22,62	
<b>Consulta psicológica</b>	12897	18550			-30,47	
<b>Consulta odontológica</b>	4057	9362			-56,67	
	13811	14434			-4,32	

## 2º SEMESTRE DE 2016

	DEPEN	SUSIPE	DEPEN %	SUSIPE %	DIF%ABSOL	DIF%PROP
<b>População (exclui carceragens)</b>	14886	14876			0,07	
<b>Vagas</b>	10600	8600			23,26	
<b>Outras vagas*</b>	2000	x				
<b>Prof custódia</b>	1925	2245			-14,25	
<b>Enfermeiros</b>	35	27			29,63	
<b>Tec enfermagem</b>	132	132			0,00	
<b>Psicólogos</b>	48	64			-25,00	
<b>Dentistas</b>	25	20			25,00	
<b>Med clin geral</b>	27	16			68,75	
<b>Med gineco</b>	0	1			-100,00	
<b>Med psiquiatra</b>	1	2			-50,00	
<b>Med outros</b>	1	1			0,00	
<b>Terapeuta ocupacional</b>	17	13			30,77	
<b>18 a 24 anos</b>	5343	5343	35,56	35,92	0,00	-1,00
<b>25 a 29 anos</b>	4339	4339	28,87	29,17	0,00	-1,00
<b>30 a 34 anos</b>	2620	2620	17,44	17,61	0,00	-1,00

<b>35 a 45 anos</b>	1755	1755	11,68	11,80	0,00	-1,00
<b>46 a 60 anos</b>	676	676	4,50	4,54	0,00	-1,00
<b>Mais de 60 anos</b>	141	122	0,94	0,82	15,57	14,41
<b>61 a 70 anos</b>	122	X	0,81	0,82	0,00	-1,00
<b>Mais de 70 anos</b>	19	X	0,13			
<b>Idade não inf</b>	12	21	0,08	0,14	-42,86	-43,43
<b>Total por idade</b>	15027	14876			1,02	
<b>Branco</b>	2163	1962	14,53	13,59	10,24	6,90
<b>Negros</b>	2721	2608	18,28	18,07	4,33	1,16
<b>Pardos</b>	9585	9443	64,39	65,42	1,50	-1,58
<b>Amarelos</b>	314	290	2,11	2,01	8,28	4,99
<b>Indígenas</b>	5	26	0,03	0,18	-80,77	-81,35
<b>Outras etnias</b>	64	105	0,43	0,73	-39,05	-40,90
<b>Etnia não inf</b>	34	0	0,23	0,00		
<b>Total por etnia</b>	14886	14434			3,13	
<b>Analfabeto</b>	801	739	5,38	5,12	8,39	5,10
<b>Alfabetizado</b>	1265	1180	8,50	8,18	7,20	3,95
<b>Fundamental incompleto</b>	8498	8288	57,09	57,42	2,53	-0,58
<b>Fundamental completo</b>	1604	1516	10,78	10,50	5,80	2,59
<b>Médio incompleto</b>	1544	1543	10,37	10,69	0,06	-2,97
<b>Médio completo</b>	1030	1045	6,92	7,24	-1,44	-4,43
<b>Superior incompleto</b>	49	58	0,33	0,40	-15,52	-18,08
<b>Superior completo</b>	37	46	0,25	0,32	-19,57	-22,01
<b>Acima superior completo</b>	3	3	0,02	0,02	0,00	-3,04
<b>Escolaridade não inf</b>	55	16	0,37	0,11	243,75	233,31
<b>Total por escolaridade</b>	14886	14434			3,13	
<b>Trabalhando</b>	1574	1964			-19,86	
<b>Estudando</b>	938	2093			-55,18	
<b>Consulta médica externa</b>	2478	1431			73,17	
<b>Consulta médica interna</b>	7741	12588			-38,50	
<b>Consulta psicológica</b>	12375	18550			-33,29	
<b>Consulta odontológica</b>	5512	9362			-41,12	
	14886	14876			0,07	

### 1º SEMESTRE DE 2017

	DEPEN	SUSIPE	DEPEN %	SUSIPE %	DIF%ABSOL	DIF%PROP
<b>População</b>	16123	16376			-1,54	
(exclui carceragens)						
<b>Vagas</b>	8600	8600			0,00	
<b>Outras vagas*</b>	0	x				
<b>Prof custódia</b>	1877	2287			-17,93	
<b>Enfermeiros</b>	32	31			3,23	
<b>Tec enfermagem</b>	129	136			-5,15	
<b>Psicólogos</b>	48	62			-22,58	
<b>Dentistas</b>	23	23			0,00	
<b>Med clin geral</b>	28	20			40,00	
<b>Med gineco</b>	0	1			-100,00	

Med psiquiatra	2	2			0,00	
Med outros	1	1			0,00	
Terapeuta ocupacional	15	13			15,38	
18 a 24 anos	5752	5815	35,40	35,51	-1,08	-0,30
25 a 29 anos	4646	4694	28,60	28,66	-1,02	-0,24
30 a 34 anos	2822	2895	17,37	17,68	-2,52	-1,75
35 a 45 anos	2008	2060	12,36	12,58	-2,52	-1,75
46 a 60 anos	702	718	4,32	4,38	-2,23	-1,45
Mais de 60 anos	124	120	0,76	0,73	3,33	4,15
61 a 70 anos	117	X	0,72	0,73	-2,50	-1,73
Mais de 70 anos	7	X	0,04			
Idade não inf	69	74	0,42	0,45	-6,76	-6,02
Total por idade	16247	16376			-0,79	
Branco	2389	2345	14,82	14,32	1,88	3,46
Negros	3077	3180	19,08	19,42	-3,24	-1,74
Pardos	10228	10460	63,44	63,89	-2,22	-0,70
Amarelos	344	340	2,13	2,08	1,18	2,75
Indígenas	29	2	0,18	0,01	1350,00	1372,48
Outras etnias	0	46	0,00	0,28	-100,00	-100,00
Etnia não inf	56	0	0,35	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!
Total por etnia	16123	16373			-1,53	
Analfabeto	725	822	4,50	5,02	-11,80	-10,42
Alfabetizado	1349	1460	8,37	8,92	-7,60	-6,15
Fundamental incompleto	8755	8778	54,30	53,60	-0,26	1,30
Fundamental completo	2014	2051	12,49	12,52	-1,80	-0,26
Médio incompleto	1856	1839	11,51	11,23	0,92	2,51
Médio completo	1202	1212	7,46	7,40	-0,83	0,73
Superior incompleto	69	67	0,43	0,41	2,99	4,60
Superior completo	37	36	0,23	0,22	2,78	4,39
Acima superior completo	0	0	0,00	0,00		
Escolaridade não inf	116	111	0,72	0,68	4,50	6,14
Total por escolaridade	16123	16376			-1,54	
Trabalhando	1749	1759			-0,57	
Estudando	1265	1832			-30,95	
Consulta médica externa	2906	393			639,44	
Consulta médica interna	11258	7695			46,30	
Consulta psicológica	8880	9175			-3,22	
Consulta odontológica	4699	3569			31,66	

## 2º SEMESTRE DE 2017

	DEPEN	SUSIPE	DEPEN %	SUSIPE %	DIF%ABSOL	DIF%PROP
População (exclui carceragens)	16981	16990			-0,05	
Vagas	10544	8630			22,18	
Outras vagas*	2000	x				
Prof custódia	1769	2342			-24,47	
Enfermeiros	39	32			21,88	

<b>Tec enfermagem</b>	132	147			-10,20	
<b>Psicólogos</b>	43	63			-31,75	
<b>Dentistas</b>	22	24			-8,33	
<b>Med clin geral</b>	12	5			140,00	
<b>Med gineco</b>	0	11			-100,00	
<b>Med psiquiatra</b>	2	2			0,00	
<b>Med outros</b>	0	1			-100,00	
<b>Terapeuta ocupacional</b>	16	13			23,08	
<b>18 a 24 anos</b>	6105	6120	35,66	36,02	-0,25	-1,00
<b>25 a 29 anos</b>	4645	4646	27,13	27,35	-0,02	-0,78
<b>30 a 34 anos</b>	3101	3101	18,11	18,25	0,00	-0,76
<b>35 a 45 anos</b>	2142	2142	12,51	12,61	0,00	-0,76
<b>46 a 60 anos</b>	764	764	4,46	4,50	0,00	-0,76
<b>Mais de 60 anos</b>	139	140	0,81	0,82	-0,71	-1,47
<b>61 a 70 anos</b>	139	X	0,81	0,82	-0,71	-1,47
<b>Mais de 70 anos</b>	0	X	0,00			
<b>Idade não inf</b>	85	77	0,50	0,45	10,39	9,55
<b>Total por idade</b>	<b>17120</b>	<b>16990</b>			0,77	
<b>Branco</b>	2564	2479	15,10	14,59	3,43	3,48
<b>Negro</b>	3415	3393	20,11	19,97	0,65	0,70
<b>Pardo</b>	10536	10707	62,05	63,02	-1,60	-1,54
<b>Amarelo</b>	384	354	2,26	2,08	8,47	8,53
<b>Indígenas</b>	19	2	0,11	0,01	850,00	850,50
<b>Outras etnias</b>	0	55	0,00	0,32	-100,00	-100,00
<b>Etnia não inf</b>	63	0	0,37	0,00		
<b>Total por etnia</b>	<b>16981</b>	<b>16990</b>			-0,05	
<b>Analfabeto</b>	767	767	4,52	4,51	0,00	0,05
<b>Alfabetizado</b>	1432	1435	8,43	8,45	-0,21	-0,16
<b>Fundamental incompleto</b>	9050	9061	53,29	53,33	-0,12	-0,07
<b>Fundamental completo</b>	1922	1967	11,32	11,58	-2,29	-2,24
<b>Médio incompleto</b>	1998	1999	11,77	11,77	-0,05	0,00
<b>Médio completo</b>	1286	1255	7,57	7,39	2,47	2,52
<b>Superior incompleto</b>	76	57	0,45	0,34	33,33	33,40
<b>Superior completo</b>	45	52	0,27	0,31	-13,46	-13,42
<b>Acima superior completo</b>	1	1	0,01	0,01	0,00	0,05
<b>Escolaridade não inf</b>	404	396	2,38	2,33	2,02	2,07
<b>Total por escolaridade</b>	<b>16981</b>	<b>16990</b>			-0,05	
<b>Trabalhando</b>	1543	1857			-16,91	
<b>Estudando</b>	1014	4506			-77,50	
<b>Consulta médica externa</b>	3466	x				
<b>Consulta médica interna</b>	8520	x				
<b>Consulta psicológica</b>	8836	x				
<b>Consulta odontológica</b>	7807	x				

### 1º SEMESTRE DE 2018

	DEPEN	SUSIPE	DEPEN %	SUSIPE %	DIF%ABSOL	DIF%PROP
<b>População</b>	18286	18286			0,00	

(exclui carceragens)						
<b>Vagas</b>	10751	8716			23,35	
<b>Outras vagas*</b>	2000	x				
<b>Prof custódia</b>	1860	2385			-22,01	
<b>Enfermeiros</b>	41	32			28,13	
<b>Tec enfermagem</b>	117	140			-16,43	
<b>Psicólogos</b>	56	68			-17,65	
<b>Dentistas</b>	21	25			-16,00	
<b>Med clin geral</b>	16	5			220,00	
<b>Med gineco</b>	0	15			-100,00	
<b>Med psiquiatra</b>	2	1			100,00	
<b>Med outros</b>	2	1			100,00	
<b>Terapeuta ocupacional</b>	12	13			-7,69	
<b>18 a 24 anos</b>	6335	6351	34,35	34,73	-0,25	-1,11
<b>25 a 29 anos</b>	5037	5053	27,31	27,63	-0,32	-1,18
<b>30 a 34 anos</b>	3499	3456	18,97	18,90	1,24	0,37
<b>35 a 45 anos</b>	2371	2377	12,85	13,00	-0,25	-1,11
<b>46 a 60 anos</b>	804	809	4,36	4,42	-0,62	-1,47
<b>Mais de 60 anos</b>	159	159	0,86	0,87	0,00	-0,86
<b>61 a 70 anos</b>	159	X	0,86	0,87	0,00	-0,86
<b>Mais de 70 anos</b>	0	X	0,00			
<b>Idade não inf</b>	81	81	0,44	0,44	0,00	-0,86
<b>Total por idade</b>	<b>18445</b>	<b>18286</b>			0,87	
<b>Branco</b>	2746	2843	15,02	15,55	-3,41	-3,41
<b>Negro</b>	3754	3721	20,53	20,35	0,89	0,89
<b>Pardo</b>	11324	11047	61,93	60,41	2,51	2,51
<b>Amarelo</b>	414	419	2,26	2,29	-1,19	-1,19
<b>Indígena</b>	1	4	0,01	0,02	-75,00	-75,00
<b>Outras etnias</b>	0	252	0,00	1,38	-100,00	-100,00
<b>Etnia não inf</b>	47	0	0,26	0,00		
<b>Total por etnia</b>	<b>18286</b>	<b>18286</b>			0,00	
<b>Analfabeto</b>	802	802	4,39	4,39	0,00	0,00
<b>Alfabetizado</b>	1663	1663	9,09	9,09	0,00	0,00
<b>Fundamental incompleto</b>	9425	9424	51,54	51,54	0,01	0,01
<b>Fundamental completo</b>	2258	2258	12,35	12,35	0,00	0,00
<b>Médio incompleto</b>	2169	2169	11,86	11,86	0,00	0,00
<b>Médio completo</b>	1314	1317	7,19	7,20	-0,23	-0,23
<b>Superior incompleto</b>	81	81	0,44	0,44	0,00	0,00
<b>Superior completo</b>	64	74	0,35	0,40	-13,51	-13,51
<b>Acima superior completo</b>	17	5	0,09	0,03	240,00	240,00
<b>Escolaridade não inf</b>	493	493	2,70	2,70	0,00	0,00
<b>Total por escolaridade</b>	<b>18286</b>	<b>18286</b>			0,00	
<b>Trabalhando</b>	1648	1785			-7,68	
<b>Estudando</b>	2027	2639			-23,19	
<b>Consulta médica externa</b>	2105	296			611,15	
<b>Consulta médica interna</b>	8250	6043			36,52	

<b>Consulta psicológica</b>	8135	7665	6,13
<b>Consulta odontológica</b>	3818	2392	59,62

Fonte: a autora, 2020, a partir de dados dos relatórios “SUSIPE em Números”, Portal da transparência do Pará e Relatórios analíticos do DEPEN.

Nota: DEPEN: Dados dos Relatórios Analíticos semestrais do DEPEN

SUSIPE: Dados dos relatórios “SUSIPE em Números” e do Portal da transparência do Pará, calculados para serem compatíveis com os dados do DEPEN

DEPEN%: Apresentação dos dados dos Relatórios Analíticos semestrais do DEPEN de forma percentual. Cálculo próprio.

SUSIPE%: Apresentação forma percentual dos relatórios “SUSIPE em Números” e do Portal da transparência do Pará, calculados para serem compatíveis com os dados do DEPEN. Cálculo próprio.

DIF%ABSOL: Diferença percentual dos números absolutos (vide 4.1.2. DEPEN, pág. 30).

DIF%PROP: Diferença proporcional das percentagens (vide 4.1.2. DEPEN, pág. 30).

## ANEXO A: PARECER DE DISPENSA DE ANÁLISE ÉTICA.



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
 Fundação Oswaldo Cruz  
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
 Arouca  
 Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 29 de junho de 2020.

### Parecer de Dispensa de Análise Ética Nº 10/2020

**Título do Projeto:** “Mapeamento da assistência à saúde no sistema prisional a partir de relatórios do DEPEN e da SEAP PA”

**Pesquisadora Responsável:** Nancy Meriane de Nóvoa Lôbo

**Orientadores:** Margareth Portela e Alexandra Sánchez

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca–ENSP/FIOCRUZ

**Tipo do projeto:** Projeto de Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – ENSP

**Data de qualificação:** 23 / 03 / 2020

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 18 / 06 / 2020

**Data de apreciação:** 25 / 06 / 2020

O projeto descrito acima, conforme versão encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em 18/06/2020, por e-mail, utilizará dados de acesso público e irrestrito, sendo, portanto, dispensado de apreciação ética pelo Sistema CEP-CONEP.

Importante ressaltar que, caso haja necessidade de acesso a indivíduos ou a base de dados ou documentos de acesso restrito no decorrer do desenvolvimento da pesquisa, será imprescindível a submissão do projeto ao CEP por meio da Plataforma Brasil, para apreciação ética, antes de efetuar as modificações.

Atenciosamente,

*Jennifer Braathen Salgueiro*  
 Jennifer Braathen Salgueiro  
 Coordenadora CEP/ENSP