



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JÉSSICA MENDES ROCHA

**DESAFIOS NO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE  
ATUANTES NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO PARA A IMPLEMENTAÇÃO  
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS  
PRIVADAS DE LIBERDADE**

FLORIANÓPOLIS

2022

Jéssica Mendes Rocha

DESAFIOS NO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE  
ATUANTES NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA  
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS  
PRIVADAS DE LIBERDADE

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Sheila Rubia Lindner

Florianópolis, SC

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Mendes Rocha, Jéssica

Desafios no processo de trabalho dos profissionais da saúde atuantes no sistema prisional brasileiro para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade / Jéssica Mendes Rocha ; orientadora, Sheila Rubia Lindner, 2022.

74 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Coletiva. 3. Gestão do Trabalho em Saúde. 4. Profissionais da Saúde. 5. Saúde Pública. I. Rubia Lindner, Sheila. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Jéssica Mendes Rocha

**Desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde atuantes no sistema prisional brasileiro para a implementação da política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 22 de Dezembro de 2022, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Sheila Rubia Lindner, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dalvan Antônio de Campos, Dr.

Universidade do Planalto Catarinense

Profa. Elza Berger Salema Coelho, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Insira neste espaço a  
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a  
assinatura digital

Profa. Sheila Rubia Lindner, Dra.

Orientadora

Florianópolis, 2022

## AGRADECIMENTOS

Ao final de uma trajetória como esta, em que durante dois anos mergulhei num processo de descobertas pude entrar em contato com conhecimentos relacionados à arte de pesquisar, relacionados com a minha vida e meus objetivos daqui por diante. Neste percurso, nada fácil, e, constantemente desafiador, muitas pessoas queridas estiveram presentes comigo e me satisfaz imensamente agradecê-las, especialmente agora com a conclusão desta etapa tão importante e significativa em minha vida.

Em primeiro lugar, agradeço a minha mãe, Maria de Lourdes e a minha amada avó, Maria José, pois a elas devo tudo o que sou hoje. Obrigada por me proporcionarem a correta educação, valores e por me ensinarem a andar com meus próprios pés. A vocês, que, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho a alegria deste momento. A elas, meu amor incondicional.

Aos meus queridos guias da vida, Juceli e Adilson, que assim como minha mãe e minha avó, sempre acreditaram em mim, e sem isso e sem eles, eu não chegaria aonde cheguei até o momento.

Ao meu filho Théo, que, ao me olhar com seus olhos inocentes de uma criança de cinco anos, e com um futuro lindo pela frente, me impulsionou a nunca desistir e buscar o melhor de mim. Por mim, por ele e por nós.

À minha orientadora, Dra. Sheila, exemplo ímpar de mulher e professora, que não poupou esforços na correção e condução da presente dissertação. Mulher sábia, que sempre me orientou, não só nos caminhos do mestrado, mas também em outros momentos em que sua gentileza, paciência e sabedoria foram fundamentais.

Ao meu querido parceiro da vida, Diego, agradeço o incentivo diário, o afeto constante e a compreensão demonstrada durante todas as partes em que estive presente nesta árdua caminhada.

Às amigas que a enfermagem me deu, Carine, Caroline e Anadélia. Agradeço por dividirem comigo diversos momentos de alegria, angústia, aprendizado e conhecimentos adquiridos durante estes últimos anos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES). Ao CNPq, agradeço o apoio financeiro, indispensável à realização desta pesquisa durante o meu período como bolsista de mestrado.

## RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), ainda que recente, é considerada inovadora e avançada, focada no cuidado integral e contínuo da população privada de liberdade, que têm as condições de saúde agravadas por fatores de ordem socioeconômica, cultural e comportamental. Desde o seu surgimento, a política vem enfrentando desafios no seu processo de implantação e revelando lacunas no processo de trabalho dos profissionais da saúde, o que compromete a qualidade dos serviços prestados. O objetivo desta dissertação foi identificar os desafios no processo de trabalho dos profissionais da saúde atuantes no sistema prisional brasileiro para a implementação da PNAISP. Para tanto, utilizou-se a abordagem qualitativa por meio da pesquisa documental e a análise de Bardin. Os dados foram extraídos do fórum online do curso de capacitação em Atenção à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade ofertado em EaD pela Universidade Federal de Santa Catarina. Foram analisadas falas de 206 participantes do curso. Como desafios elencados destacam-se o pouco conhecimento do processo de trabalho inerente a cada profissão, restrição de cursos e capacitações, processo de comunicação interprofissional deficiente e falhas para a implementação de um fluxo efetivo das redes de atenção à saúde com a saúde prisional. Os resultados contribuem para o fornecimento de subsídios para que os órgãos gestores adeptos da PNAISP possam fortalecer a implementação da política no Estado, ajudando a organizar e qualificar o processo de trabalho das suas equipes de saúde prisional. Adicionalmente, os resultados desta pesquisa podem também ampliar a discussão sobre o tema nas áreas de formação de profissionais de saúde e, assim, reduzir a invisibilidade da população privada de liberdade e dos profissionais de saúde que atuam no sistema prisional nacional.

**Palavras-chave:** Saúde Prisional; Gestão do Trabalho em Saúde; Profissionais da Saúde.

## ABSTRACT

The National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty, although recent, is considered innovative and advanced, focused on comprehensive and continuous care for the population deprived of liberty, whose health conditions are aggravated by factors of order socioeconomic, cultural, and behavioral. Since its inception, the policy has faced challenges in its implementation process, revealing gaps in the work process, which compromises the quality of services provided. The objective of the study was to identify the challenges encountered in the work process of health professionals working in the Brazilian prison system for the implementation of the PNAISP. The objective of the study was to identify the challenges encountered in the work process of health professionals working in the Brazilian prison system for the implementation of the PNAISP. Data were extracted from the online forum of the training course on Health Care for Persons Deprived of Liberty offered in EaD by the Federal University of Santa Catarina. Speeches of 206 course participants were analyzed. As challenges listed, the lack of knowledge of the work process inherent to each profession, restriction of courses and training, deficient interprofessional communication process and failures to implement an effective flow of health care networks with prison health stand out. The results contribute to the provision of subsidies so that the managing bodies that are supporters of the PNAISP can strengthen the implementation of the policy in the State, helping to organize and qualify the work process of their prison health teams. Additionally, the results of this research can also broaden the discussion on the subject in the areas of training health professionals and, thus, reduce the invisibility of the population deprived of freedom and health professionals who work in the national prison system.

**Keywords:** Prison Health; Health Work Management; Health Professionals.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – : Linha do tempo para o surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) .....	22
Figura 2 – Distribuição dos profissionais participantes da pesquisa .....	52

## LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Metodologia de filtragem utilizada para selecionar participantes válidos segundo critérios da pesquisa.....	43
--	----

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Composição das equipes básicas de saúde prisional e descrição dos tipos de equipe de saúde por unidade prisional e seus respectivos números de custodiados .....	29
Tabela 2 – Perfil da população carcerária masculina Brasileira em 2019.....	34

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução da taxa de aprisionamento no Brasil entre 2000 e 2019.....	33
Gráfico 2 – Capacidade e ocupação do sistema prisional Brasileiro em 2019.....	33

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ATSSP - Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário

CF – Constituição Federal

CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CSDH - Comissão de Determinantes Sociais da Saúde

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

EABP - equipes de atenção básica prisional

EaD – Ensino à Distância

LEP – Lei de Execuções Penais

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPGSC – Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1	OBJETIVOS .....	21
1.1.1	Objetivo geral .....	21
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
2.1	SAÚDE COMO DIREITO HUMANO .....	21
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	26
2.3	SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO .....	32
2.4	PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NO SISTEMA PRISIONAL.....	36
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>47</b>
4.1	ARTIGO 1 - DESAFIOS E LACUNAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO.....	47
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>66</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>68</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>76</b>
7.1	<b>ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC...</b>	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A situação carcerária constitui-se como um dos problemas de maior relevância da realidade social brasileira e grande parte dessa complexidade se dá por negligência ou inobservância de direitos previstos na Constituição Federal e nas legislações específicas do Sistema Prisional. De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional (DPEN) (BRASIL, 2022), no ano de 2019, haviam 748.009 indivíduos detidos nas unidades prisionais do país, estatística que posiciona o Brasil como o terceiro país que mais encarcera no mundo, ficando atrás somente de Estados Unidos e China. Ao mesmo tempo, há um déficit de 442.349 vagas no sistema carcerário brasileiro. (BRASIL, 2019).

A privação de liberdade apresenta finalidades diversas e muitas vezes conflitantes. Propõe-se, ao mesmo tempo, executar a penalidade retributiva do “mal” causado pelo autor do delito, prevenir a prática de novas infrações e, por fim, promover a ressocialização do apenado para que este retorne para o convívio em sociedade (MOTA, 2017).

Frente a isso, como deixar de falar de direitos humanos? Um dos grandes problemas enfrentados pelo sistema prisional brasileiro atualmente é a superlotação, que traz intrinsecamente as condições insalubres, tornando a ressocialização algo difícil de se alcançar após o cumprimento da pena (SCHMITT et al, 2014). Um dos mais relevantes agravos à saúde do preso é a violência. Essa que fazia parte do contexto de vida da maioria deles antes de serem presos, os acompanha dentro do cárcere (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

Uma das definições mais utilizadas para definir o termo “saúde” é a da Organização Mundial de Saúde (OMS) que diz: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 2011). Embora seja um conceito bastante debatido, ele é capaz de salientar as características da saúde enquanto expressão/produção das relações que o ser humano estabelece entre si, com as questões socioeconômicas e culturais (VASCONCELOS & PASCHE, 2012). De acordo com a Constituição da República Federativa promulgada em 1988, saúde é um direito constitucional, assegurado a qualquer cidadão brasileiro, sendo dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício -la (BRASIL, 1988).

Em 1986, na 8ª conferência de saúde, o conceito de saúde foi debatido e ficou definido como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (PAIM & FILHO, 1988).

No Brasil, pela Constituição Federal, essas prerrogativas foram previstas, no art. 5º, inciso XLVII, assegurando as pessoas em cumprimento de pena “o respeito à integridade física

e moral” (BRASIL, 1988) endossando os direitos sociais como inalienáveis e garantindo a seguridade social, a educação e outras políticas sociais básicas como universais, ainda que o indivíduo esteja privado de sua liberdade. Entendeu-se que as medidas para salvaguardas sociais, enquanto garantias constitucionais, encontram também ressonâncias e correspondências no sistema prisional (FIGUEIREDO, 2017).

Ainda, a obediência aos direitos fundamentais da pessoa em situação de prisão encontra resguardo na Lei de Execuções Penais (LEP) de nº 7.210/1984, que destaca que o preso tem direito à saúde, sendo este um direito social (BRASIL, 1990). Logo, a prática do sistema prisional brasileiro, apresenta-se bastante diferente do que está estabelecido na legislação. Há uma série de inadequações relacionadas tanto à infraestrutura quanto as condições de vida, destacando-se a precária situação dos serviços de saúde nas prisões, a falta de medicamentos e equipamentos necessários, a superlotação, a falta de higiene e ventilação inadequada como ameaças sérias. Essas inadequações geram situações de vulnerabilidade entre os apenados em relação à aquisição de agravos à saúde (CDIH, 2021).

No âmbito da assistência à saúde no ambiente prisional, existe uma escassez de condições e recursos para um atendimento de qualidade. Isso é resultado de questões físicas e estruturais do ambiente, somadas a inexistência ou ao quantitativo insuficiente de profissionais da saúde e da área das ciências humanas para a efetivação de ações multidisciplinares e interdisciplinares para promoção de uma melhoria da saúde física e mental desses cidadãos-presos (DIUANA et al, 2012). Sendo assim, percebe-se uma contradição entre a legislação e a prática. Enquanto a Constituição Federal e a Lei de Execução Penal asseguram o direito à saúde, há uma grande lacuna para a efetivação do direito à saúde para com os PPL (Pessoas Privadas de Liberdade). Os serviços de assistência à saúde, encontram-se em segundo plano, dando lugar primeiramente à segurança, a qual se baseia no controle disciplinar. Os serviços de saúde são prestados em bases mínimas (CARDOSO, 2009).

Entretanto, destaca-se que já em 9 de setembro de 2003, havia sido criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), aprovado na Portaria Interministerial n.º 1.777, trazendo que a implantação e funcionamento dos serviços de saúde deveriam entrar em consonância com os princípios dos Sistema único de Saúde (CARDOSO, 2009). Além de ser um marco legal, o PNSSP representou uma nova perspectiva de saúde no sistema prisional, pois teve como objetivo inicial a ampliação das ações de saúde para a população privada de liberdade, sendo entendida cada Unidade Básica de Saúde Prisional como um ponto da Rede de Atenção à Saúde de responsabilidade do SUS. Os beneficiários da PNAISP foram ampliados, em comparação à medida anterior, e passaram a compreender as pessoas privadas de liberdade

(provisórias ou condenadas), sob custódia do sistema prisional ou em medida de segurança (inimputáveis) (BRASIL, 2014).

Cabe também destacar que a PNAISP é uma política complexa, vinculada a outros atores formais e informais que vai além da população privada de liberdade, englobando também: Equipes de Atenção Básica das Unidades Básicas de Saúde; Equipes de Saúde no Sistema Prisional; Ministérios da Saúde e da Justiça; Estados, Municípios e Distrito Federal; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional de Justiça; Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL, 2003).

Ressalta-se que a atenção à saúde dessa população se dá a partir da composição mínima de equipe multiprofissional de médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Além disso, a portaria interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, determina que o acompanhamento das ações voltadas à atenção integral das pessoas privadas de liberdade, será realizado, em âmbito nacional, por uma Comissão de Acompanhamento, formalmente indicada e integrada por representantes dos Ministérios da Saúde e da Justiça, cabendo a essa Comissão apoiar os Ministérios da Saúde e da Justiça no cumprimento de suas responsabilidades (BRASIL, 2003).

Em 2014, avança-se no âmbito legal com a substituição do PNSSP pela PNAISP (BRASIL, 2014) que, entre outras alterações, no artigo 20º reitera sobre os Agentes Promotores de Saúde, realçando sua atuação na educação e promoção de saúde e estendendo-se, agora, à comunidade prisional, ou seja, familiares, trabalhadores que lá prestam serviços, os reconhecendo como também expostos às repercussões do aprisionamento (PADILHA, 2018). Apesar da existência de legislações específicas nacionais e internacionais, bem como das muitas normas definirem a melhor implementação da atenção em saúde em unidades penitenciárias (Lei de Execução Penal 1984, CF 1988, Lei n.º 8.080, de 1990, Lei n.º 8.142, de 1990, PNSSP 2003 e PNAISP 2014) estas normas muitas vezes não são seguidas satisfatoriamente.

Historicamente, a questão da atenção à saúde da população privada de liberdade tem sido feita de forma reducionista, fragmentada e vertical, na medida em que as ações desenvolvidas se limitam àquelas voltadas para DST/AIDS, imunizações e, às vezes, outros programas; desconhecendo ou, na prática, ignorando os altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população (PADILHA, 2018).

Nas unidades prisionais os serviços de saúde encontram dificuldades que prejudicam o seu desenvolvimento e a execução do trabalho dos profissionais, pois estão voltados para resolver situações emergenciais, selecionadas pelos agentes penitenciários (PADILHA, 2018).

Estes profissionais são de grande importância na PNAISP, visto que o encaminhamento, e, de certa forma, a organização dos atendimentos e serviços de saúde cabem a eles, pois quando há a necessidade ou solicitação da PPL de receber atendimento em saúde, o agente prisional é quem faz o encaminhamento (SILVA, 2019), o que torna imprescindível que a equipe seja treinada e especializada.

Desta forma, a PNAISP tem o intuito de minimizar problemas oriundos da precária saúde do sistema prisional, e assim prevenir danos e agravos nesse meio, bem como estimular a promoção da saúde entre os detentos e aqueles ao seu redor. Entretanto, o avanço da assistência à saúde no sistema prisional tem se dado de forma lenta e desproporcional quando comparado com a assistência em saúde da população em geral, talvez pelo fato de a adesão à PNAISP ser facultativa. Destaca-se ainda que, diante do sucateamento e deterioração dos espaços prisionais, o valor do incentivo repassado à saúde no Sistema Prisional é irrisório, não estimulando a adesão dos Estados e Municípios (FERRAZ, 2015).

A implantação da PNAISP iniciou em 2014, ou seja, há menos de 10 anos considerando a data do presente estudo. Sendo assim, está em processo de estruturação e de adesão dos diversos municípios de todo território brasileiro (FREITAS et al, 2016). A instituição da política é uma oportunidade para que os profissionais envolvidos com a reorganização do sistema de saúde prisional reflitam sobre as peculiaridades inerentes a esta população. Entende-se que a dificuldade de acesso à informação e o preconceito que existe para com esta população são fatores que dificultam a busca pelos serviços de saúde e a adesão ao tratamento (CASTRO; SANCHEZ & LAROUZE, 2014).

A efetivação da política requer empenho daqueles que acreditam em um sistema prisional melhor e mais humanizado. Isto porque muitas vezes as pessoas que cometeram algum crime são penalizadas não apenas pelo sistema judicial, mas também pelas condições degradantes dos presídios (FREITAS et al, 2016).

Diante do exposto propôs-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são as lacunas e desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam dentro do sistema prisional brasileiro para a implementação efetiva da PNAISP (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade)?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Identificar os desafios e lacunas no processo de trabalho de profissionais da saúde do sistema prisional brasileiro para a implementação da PNAISP (Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade).

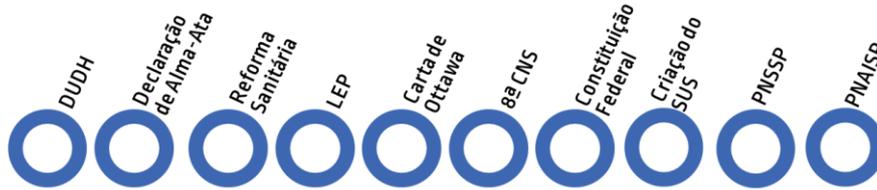
## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 SAÚDE COMO DIREITO HUMANO

O conceito de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, é temática constante de debates, tendo em vista que a definição do que é saúde está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento das ciências da saúde e à atuação dos profissionais da saúde (OMS, 2011).

Esta definição faz parte do primeiro princípio da constituição da Organização Mundial da Saúde, a qual foi adotada pela Conferência Internacional de Saúde realizada em Nova York em junho de 1946, foi assinada em julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados (incluindo o Brasil) e entrou em operação em 1948. Atualmente, essa definição clássica da OMS, com setenta anos de idade, é considerada histórica e se destaca como um marco fundamental no início da trajetória diacrônica, na medicina ocidental, com a definição de saúde proposta pela Escola Hipocrática (CONTI, 2018). No Brasil, a Constituição Federal aborda a saúde como um direito de todo cidadão. Abaixo, figura representativa da linha do tempo do surgimento da PNAISP através dos marcos históricos das Políticas Públicas de Saúde:

**Figura 1:** Linha do tempo para o surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)



**Fonte:** A Autora (2023)

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) foi um fato histórico na saúde e relevante para o surgimento futuro do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP). Proclamada pelas Nações Unidas em 1948, ano o qual acontecia, concomitantemente, a Guerra Fria, após o término da Segunda Guerra Mundial. Nesta época, os Estados Unidos e a União Soviética disputavam a hegemonia econômica e política por meio de um conflito militar iminente no mundo. A DUDH é um documento que surgiu para tentar garantir a vida, bem comum dos seres humanos, e a paz dos povos e nações em meio à guerra (FREITAS, 2017).

A DUDH teve um papel significativo na história, na medida em que estabeleceu princípios que fundamentam as lutas políticas pela liberdade nas sociedades democráticas. Apesar de não ser uma lei, a DUDH estabeleceu parâmetros para Constituições de diversos países, inclusive a brasileira. O Brasil, ao assinar a Declaração, na mesma data de sua proclamação, concordou com seus princípios. Entre estes princípios ressaltamos (OMS, 1978):

[...] Art. 3º Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

[...] Art. 5º Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

[...] Art. 9º Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado.

Em consonância com a DUDH, em 1955, no Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Reclusos, realizado em Genebra, foram estabelecidas as regras mínimas para o tratamento das pessoas privadas de liberdade (FREITAS, 2017)

De modo geral, as regras sugeridas no documento versam sobre: o momento de detenção da

pessoa, que deve ser realizado respeitando a legalidade vigente e a integridade das PPL; o tratamento que a pessoa deverá receber enquanto estiver reclusa, de modo que se possa garantir ao detido(a) as condições mínimas e necessárias para manter sua dignidade de ser humano; o processo de libertação, que deve ser feito durante todo o período de reclusão até a soltura da pessoa, a fim de que ela consiga retornar à sociedade em condições de desfrutar novamente de sua liberdade (BRASIL, 2014).

A Conferência de Alma-Ata foi a primeira conferência internacional para tratar dos cuidados primários de saúde. Ela foi realizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Nesta conferência foi proposta uma meta entre os países participantes, cujo objetivo era atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000 (OMS, 1978). A Declaração de Alma-Ata foi assinada por 134 países e apresentava como definição dos cuidados primários de saúde:

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

Mediante aos progressos alcançados (reconhecimento da saúde como um direito humano, o surgimento dos determinantes sociais da saúde e centralização da participação das pessoas e de suas comunidades nas decisões envolvendo Políticas Públicas) após a Declaração de Alma-Ata para a atenção primária à saúde, o documento da OMS “As Metas da Saúde para Todos” e o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias, foi elaborada a Carta de Ottawa, que estabelecia fatores de importância para o alcance de uma saúde para todos (OMS, 1978).

Segundo a Carta de Ottawa, todos devem trabalhar unidos para a construção de um sistema de saúde que contribua para elevar o nível de saúde da população em geral. Os participantes da Assembleia Mundial de Saúde se comprometeram, entre outras atividades, a

atuar no campo das políticas públicas saudáveis, a trabalhar pela diminuição das desigualdades existentes entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais e instaram todos os interessados a lutar pela melhoria constante da saúde pública (OMS, 2011).

Esse movimento internacional provocou reflexos importantes na orientação das políticas públicas de saúde brasileiras, visto que, nesse mesmo ano, a 8ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil definiu a saúde como um direito, sendo este entendido como a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e acesso universal às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1986). O relatório da 8ª Conferência Nacional no Brasil foi o marco da reforma sanitária e contribuiu fortemente nos debates constituintes que alicerçaram as bases do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988.

Durante este momento supracitado da história, no Brasil a prestação da saúde à população pelo Estado tratava-se de um favor, portanto o cidadão não poderia realizar qualquer cobrança pela prestação, por parte do Estado, ou mesmo questionar sua aplicabilidade e extensão da prestação (PINHEIRO, 2001). O Sistema de Saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cujos serviços eram providos pelos institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (p. ex., ferroviários, bancários), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura. A população com empregos temporários ou esporádicos tinham uma oferta inadequada de serviços em saúde, sendo estes serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso.

Após o processo de redemocratização do Estado, o Brasil passou a demonstrar preocupação com os trabalhadores. No início da década de 1980, a prestação do serviço à saúde era uma contraprestação decorrente de uma específica contratação a quem possuía condições de arcar com custos do tratamento médico ou aos trabalhadores que contribuem para a previdência social. Contudo, o serviço de saúde não era considerado como um dever do Estado e um direito do indivíduo (KOLLING; DELGADO, 2020).

Nesta época, as reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. Seguiu-se uma rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais. Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais.

A 8ª Conferência de Saúde, em 1986, aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias

estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS.

A Constituição Federal brasileira, em seu Capítulo II, artigo 6º, reconheceu e afirmou a saúde como direito social universal e de cidadania, vindo a culminar na criação do Sistema Único de Saúde (concomitante à promulgação da Constituição Federal em 22 de agosto de 1988) (BRASIL, 1988). Assim, uma nova base jurídico-legal se instituiu para a política de saúde, no estabelecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Influenciada pelos princípios da DUDH, a Constituição Brasileira comparada com as Constituições anteriores é, pelo menos em seus papéis, na teoria, é a que mais condiz com os Direitos Humanos. Estes ganham destaque no texto constitucional no artigo 5º em que prescreve: — todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988)

Na Constituição de 1988, o direito à vida se estende às pessoas privadas de liberdade conforme o inciso XLIX do art. 5º que assegura o respeito à integridade moral e física às pessoas privada de liberdade, isto é, o direito de ser resguardado tanto biologicamente quanto subjetivamente na sua condição singular de ser humano, de modo que não seja submetido a tratamento degradante e desumano (BRASIL, 1988).

No que diz respeito à saúde, a Constituição a reconhece como um direito fundamental de todos os brasileiros e dever do Estado. O direito à saúde no Brasil é resultado da mobilização política da sociedade, principalmente, do movimento sanitarista brasileiro que, nos anos de 1980, lutou pela reestruturação do nosso sistema de saúde. A nova Constituição brasileira incorporou grande parte das propostas desse movimento, a partir das quais foi elaborada a organização da saúde segundo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade.

No texto constitucional, artigo 196º, o direito à saúde está regulamentado da seguinte maneira (BRASIL, 1988):

[...] 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.

O SUS representou para a sociedade brasileira a possibilidade de uma nova

configuração da saúde pública, onde se prioriza ações de caráter coletivo e preventivo em detrimento daquelas de cunho individual e curativo, até então predominantes. O acesso à saúde no sistema penitenciário brasileiro, no sentido da universalidade, que representa a saúde como direito de todos os cidadãos, passou a ser garantido pelo SUS, regulamentado a partir da Lei nº 8.080/1990 e pela Lei 8.142/1990, tendo esta última estabelecido diretrizes acerca da participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990). O Sistema acima se baseia nos princípios da universalidade do acesso aos serviços de saúde, da integralidade da atenção, da equidade e da hierarquização dos serviços em um contexto descentralizado e municipalizado com a participação da sociedade (BRASIL, 1990)

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental por meio da Constituição de 1988, os serviços em saúde passaram a ter como objetivo não somente prestar atendimento de saúde à população, mas também formular políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Entende-se como política de saúde a resposta de uma organização à sociedade diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde e o ambiente (PAIM, 1988).

Historicamente, as ações de saúde no sistema prisional iniciaram com as entidades religiosas, assim como ocorreu com outras instituições como, por exemplo, os manicômios. Com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, no Brasil, na década de 80, alguns profissionais de saúde, principalmente os médicos sensíveis ao desespero que se instalou no cárcere, iniciaram ações de prevenção da saúde e tratamento desse agravo (FILHO & BUENO, 2016)

No sistema prisional, a atenção à saúde foi garantida pela Lei 7.2210, de julho de 1984, através da LEP, cuja finalidade foi proporcionar condições para que houvesse integração social da pessoa sentenciada e reclusa, apontando como base do cumprimento das penas privativas de liberdade (BRASIL, 2010). A assistência em saúde, bem como a material, jurídica, educacional, social e religiosa, são elementos que contribuem para o retorno à convivência em sociedade. Em seu artigo 14 da seção III, a LEP traz:

A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico[...]. Quando o

estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento (BRASIL, 1994).

Assim sendo, a LEP determina que as PPL tenham acesso a diversos tipos de assistência, inclusive assistência médica. Segundo a Lei, constitui-se como dever do estado a assistência ao preso, objetivando prevenir a reincidência no crime e efetivar seu retorno à sociedade. Com caráter preventivo e curativo, são previstas especialidades nas áreas da saúde, funcionando no próprio estabelecimento penal ou em outro previamente autorizado (BRASIL, 1984). Entretanto, a LEP foi precursora no estabelecimento legal dos direitos da população prisional do Brasil, o que representou um avanço no campo das políticas sociais no cárcere (LERMEN; CÔNICO & JESUS, 2015).

A efetivação destes direitos foi se mostrando deficitária, com aumento dos agravos em saúde dentro do sistema prisional, evidenciado o descumprimento do Estado de seu dever legal. Apesar de, durante o período em que vigorou a LEP desde sua criação, ter havido um avanço significativo na legislação nacional que salvaguardou o acesso à saúde da população privada de liberdade, a saúde nos ambientes prisionais não estava contemplada na íntegra dos princípios do SUS, que surgiu paralelamente à criação da LEP (DOURADO, 2018).

Em 2003, o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde instituíram então, na Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), o qual foi desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do SUS, onde o objetivo era promover atenção integral à população confinada em unidades prisionais masculinas e femininas (BRASIL 2003). Porém, este Plano foi voltado para aquelas pessoas que cometeram delitos e tinham sido julgadas e condenadas, não contemplando uma parcela da população carcerária, qual seja, aquela reclusa nas cadeias públicas, nos distritos policiais e nas delegacias (BRASIL, 2010).

Assim, foi estabelecido o PNSSP (BRASIL, 2003) em seu artigo 8º expressa taxativamente que estabelecimentos com menos de 100 pessoas privadas de liberdade o atendimento de saúde será realizado no próprio contexto prisional pelos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, no qual deve conter a equipe mínima e carga horária de quatro horas/semanais. Assim descreve em seu anexo a composição mínima, jornada de trabalho e a quantidade de PPL por equipe das unidades prisionais. Vale destacar que não discrimina quantitativamente os profissionais, vejamos:

Profissionais por equipe: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e atendente de consultório dentário, com jornada de 20 horas semanais, para atenção a até 500 pessoas presas (BRASIL, 2003a. p. 8)

O PNSSP alcançou 23% da população que vivia em prisões, o que demonstrou a necessidade de aumento da agenda orçamentária do Fundo Nacional de Saúde, com o objetivo de garantir incentivos financeiros adequados à estruturação de unidades básicas de saúde e ao custeio dos serviços, e da indução ao matriciamento com diversos serviços das redes locais para que, de fato, a RAS pudesse contemplar a população privada de liberdade (FIGUEIREDO, 2017). Surgiu então em 2014, com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a PNAISP.

A Portaria Interministerial N° 1, de 2 de janeiro de 2014 prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede (BRASIL, 2014).

Oriunda da avaliação dos resultados do primeiro decênio do PNSSP, que não atenderam às expectativas desejadas, a nova política revelou-se inovadora porque pretende assegurar a assistência à saúde dos detentos de modo amplo (BONATO, 2017), ou seja, contemplando a totalidade do itinerário carcerário: delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, penitenciárias, colônias agrícolas ou agroindustriais, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, penitenciárias federais. A PNAISP abrange ainda os trabalhadores em serviços penais, os egressos e os familiares destas populações, bem como pretende atingir outras populações especialmente vulneráveis (BRASIL, 2014).

Os serviços serão formados por equipes de atenção básica prisional (EABP), que organizarão a saúde intramuros na perspectiva da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e seguimento, permitindo que essa população, mediante regulação do SUS, tenha acesso aos serviços de urgências e emergências, à atenção especializada e hospitalar na rede extramuros, sempre que houver necessidade de atenção de maior complexidade. Muitas dessas ações e serviços são configuradas, no SUS, como redes: Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, dentre outras, às quais a população prisional deve ter acesso (BRASIL, 2014).

A entrada dos custodiados no itinerário carcerário, geralmente, se dá pelas delegacias de polícia ou pelos distritos policiais, em seguida pelas cadeias públicas ou pelos centros de detenção provisória. Assim, em tais locais, deve-se priorizar as ações de diagnóstico precoce

de doenças, em especial as transmissíveis, de promoção da saúde e de prevenção de agravos, utilizando-se os protocolos clínicos estabelecidos e realizando coleta de exames laboratoriais e imunização, conforme calendário básico de vacinação (BRASIL, 2014).

As diretrizes gerais trazidas pela política são baseadas no próprio Sistema Único de Saúde, e são elas:

- Integralidade;
- Intersetorialidade;
- Descentralização;
- Hierarquização;
- Humanização.

De acordo com a portaria nº 277, de 27 de janeiro de 2017 sobre a (PNAISP) no âmbito do SUS, em seu Art. 2º “Os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais serão conformados de acordo com a população prisional e o funcionamento dos serviços, e serão classificados em 3 (três) faixas de acordo com a população prisional” (BRASIL, 2017) sendo então representado na tabela a seguir:

**Tabela 1:** Composição das equipes básicas de saúde prisional e descrição dos tipos de equipe de saúde por unidade prisional e seus respectivos números de custodiados

<b>Tipo de equipe</b>	<b>Mínimo de membros componentes de cada equipe</b>	<b>Número de custodiados por unidade prisional</b>
<b>Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I</b>	1 (um) cirurgião-dentista; 1 (um) enfermeiro; 1 (um) médico; 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; e 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal.	Até 100 custodiados
<b>Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental</b>	1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: a) assistência social; b) enfermagem;	Até 100 custodiados

	<ul style="list-style-type: none"> <li>c) farmácia;</li> <li>d) fisioterapia;</li> <li>e) psicologia; ou</li> <li>f) terapia ocupacional.</li> </ul>	
<b>Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II</b>	<p>1 (um) assistente social;</p> <p>1 (um) cirurgião-dentista; 1 (um) enfermeiro;</p> <p>1 (um) médico;</p> <p>1 (um) psicólogo;</p> <p>1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem;</p> <p>1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal; e</p> <p>1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) assistência social;</li> <li>b) enfermagem;</li> <li>c) farmácia;</li> <li>d) fisioterapia;</li> <li>e) nutrição;</li> <li>f) psicologia; ou</li> <li>g) terapia ocupacional.</li> </ul>	<p>De 101</p> <p>custodiados até 500</p> <p>custodiados</p>
<b>Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental</b>	<p>1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental;</p> <p>2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) assistência social;</li> <li>b) enfermagem;</li> <li>c) farmácia;</li> <li>d) fisioterapia;</li> <li>e) psicologia; ou</li> <li>f) terapia ocupacional.</li> </ul>	<p>De 101</p> <p>custodiados até 500</p> <p>custodiados</p>
<b>Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III</b>	<p>Terá a mesma composição da Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental</p>	<p>De 501</p> <p>custodiados até 1200</p> <p>custodiados</p>

**Fonte:** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP (BRASIL, 2014).

Os serviços de saúde, de que trata o art. 2º da Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014, serão prestados por equipes multiprofissionais, as EABP e, cada equipe será composta de acordo com o número de custodiados de cada estabelecimento prisional. Estão sujeitos a serem acrescidos de mais de uma unidade de saúde quando a população atingir tetos pré-estabelecidos dentro da lei. Os serviços de saúde que forem prestados dentro das instituições penais devem estar integrados com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município da qual o presídio está localizado, para que assim sejam desenvolvidas ações integrativas (BRASIL, 2017).

Cabe ressaltar que as equipes atuarão nos complexos penitenciários e/ou nas unidades prisionais com população superior a 1.000 (mil) pessoas privadas de liberdade e será regulamentada por ato específico do Ministro de Estado da Saúde (art. 9º, § único da PNAISP). Essa previsão normativa aparenta contribuir no sentido de favorecer a redução dos deslocamentos das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2017).

A adesão à Política se dá pela pactuação dos Estado e do Distrito Federal com a União, mediante a observância da assinatura do Termo de Adesão, elaboração de Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade e encaminhamento da referida documentação ao Ministério da Saúde para aprovação. Importante ressaltar, no que tange ao Município, que a adesão será facultativa e deve observar a adesão estadual à PNAISP (BRASIL, 2014).

O financiamento da PNAISP sofreu alteração quando comparado ao PNSSP não havendo mais a previsão em porcentagens entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça. Nos termos da Política, as fontes são compartilhadas e provém dos entes da Federação (União, Estados e Municípios) e do Ministério da Saúde e da Justiça, diferenciando-se no que tange à atenção especializada em saúde, que deveria ser predominantemente estadual. A gestão fica a cargo do Estado ou do Distrito Federal e a execução do Município, de modo que a gestão das ações e serviços de saúde no sistema prisional se mantivesse no nível de gestão pela custódia e tratamento da população carcerária: o Estado ou o Distrito Federal (BRASIL, 2014).

Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde, garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas e ações na rede de atenção à saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, transferindo de forma regular e automática, os recursos ao Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2014).

Ressalta-se que a competência de apoiar, técnica e financeiramente, a construção, a ampliação, a adaptação e o aparelhamento das unidades básicas de saúde, exclusiva do Ministério da Justiça no contexto do Plano, passou a ser compartilhada com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

O Ministério da Justiça permaneceu com a competência para assistir técnica e financeiramente na construção, na reforma e no aparelhamento do espaço físico necessário à unidade de saúde dentro dos estabelecimentos penais (BRASIL, 2014).

O monitoramento e a avaliação da Política, dos serviços, das equipes e das ações de saúde passaram a ser de competência de ambos os Ministérios, por meio da inserção de dados e documentos nos sistemas de informação da atenção à saúde (BRASIL, 2014).

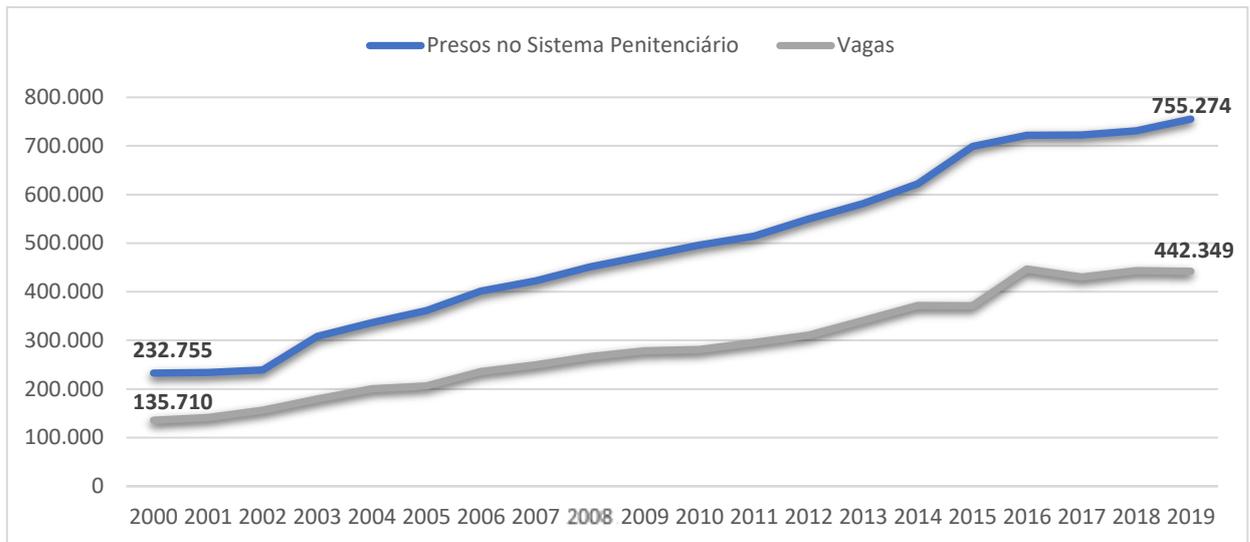
O aspecto da intersetorialidade passou a ser crucial, sem o qual não é possível ofertar ações e serviços de saúde a pessoas privadas de liberdade em unidades prisionais. Saúde e justiça precisaram articular-se de algum modo, de preferência colaborando para uma composição entre saúde e segurança na oferta de serviços de saúde dentro e fora do ambiente prisional (BRASIL, 2014).

### 2.3 SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

Diante das garantias constitucionais impostas ao Estado sobre o sistema carcerário, é importante conhecer dados recentes (até a publicação deste trabalho) sobre a população estudada para que seja possível refletir e discutir a realidade encontrada hoje no sistema carcerário brasileiro. Dados do Conselho Nacional de Justiça de 2021, mostram que o Brasil contabiliza 671.224 pessoas privadas de liberdade, sendo destas, 326.712 em sistema fechado, 124.481 em sistema semiaberto, 892 em tratamento ambulatorial e 219.139 pessoas em outras modalidades de encarceramento (BRASIL, 2021)

O Brasil, possui atualmente, segundo o Ministério da Justiça, cerca de 1.450 unidades prisionais. De acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (2019) o maior quantitativo de unidades prisionais se concentra no sudeste do Brasil, com destaque para os estados de Minas Gerais (193) e São Paulo (164). Em outras regiões do País, destacam-se o Ceará (148) e pelo Nordeste, Goiás (106) no Centro-Oeste, Rio Grande do Sul (99) pela região sul e Rondônia (53) ao Norte. Entre os estados com menor quantitativo de presos estão o Distrito Federal e Roraima com 6 unidades prisionais, Sergipe (7), Amapá (8) e Alagoas (9). Em relação às taxas de aprisionamento, apresenta-se como a terceira maior população prisional do mundo, com índice superado somente pelos Estados Unidos (2,1 milhões de presos), e China (1,6 milhões de presos).

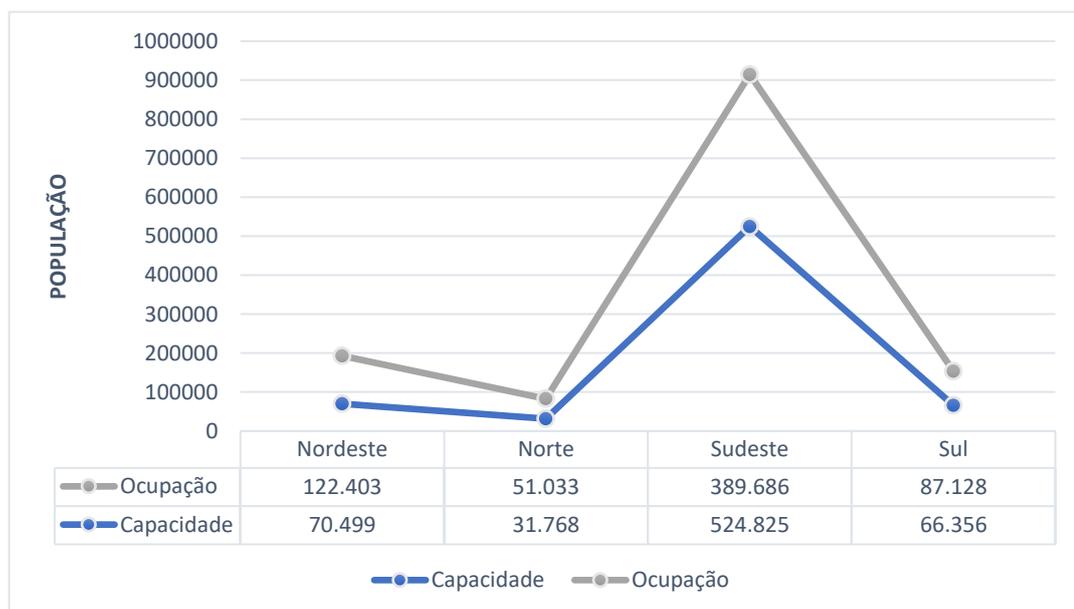
Gráfico 1. Evolução da taxa de aprisionamento no Brasil entre 2000 e 2019.



Fonte: Brasil, 2019

Importante destacar que o déficit de vagas no sistema prisional é gritante, sendo que temos aproximadamente 750.000 presos para cerca de 450.000 vagas nos presídios, resultando em um déficit de 300.000 vagas no sistema, causando uma superlotação que logicamente irá causar a violação de diversas garantias do preso, atingindo de forma quase que letal a dignidade da pessoa humana. Além disso, essa superlotação dificulta a boa gestão dos serviços que deveriam ser prestados no sistema prisional (BRASIL, 2019).

Gráfico 2. Capacidade e ocupação do sistema prisional Brasileiro em 2019.



Fonte: BRASIL, 2019

Observa-se, que 55% da população carcerária brasileira é composta por jovens entre 18 e 29 anos. Estes dados mostram que, o sistema, além de ser capitaneado pela massiva presença de jovens entre as pessoas privadas de liberdade, também apresenta influência sobre um significativo número de pessoas, que estão em contato com essa realidade carcerária de forma direta ou indireta (DOURADO, 2018). Isso amplia as desigualdades, considerando que os presídios brasileiros em geral proporcionam um ambiente degradante ao preso. Essa perspectiva é alicerçada pela superlotação, ausência de assistência médica, precariedade na alimentação e a falta de higiene que desencadeiam diversas doenças, diferentemente do que se estabelece na Constituição de 1988, que garante o acesso à saúde também pela população prisional (MACHADO; GUIMARÃES, 2014).

**Tabela 2.** Perfil da população carcerária masculina Brasileira em 2019

<b>Região</b>	<b>Adultos</b>	<b>Maiores de 60 anos</b>	<b>Adolescentes</b>	<b>Indígenas</b>	<b>Estrangeiros</b>	<b>Total</b>
<b>Centro-Oeste</b>	69.635	903	0	375	200	71.113
<b>Nordeste</b>	120.800	1.450	0	86	67	122.403
<b>Norte</b>	49.890	574	0	173	366	51.033
<b>Sudeste</b>	383.010	5.350	7	22	1.297	389.686
<b>Sul</b>	85.147	1.530	0	121	330	87.128
<b>Total</b>	708.482	9.807	7	777	2.260	721.333

Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público, 2020

Esse cenário se torna mais complexo quando identificamos que 75% das pessoas privadas de liberdade no Brasil são analfabetos ou possuem até o ensino fundamental completo, enquanto aproximadamente 1% da população carcerária possui ensino superior. Esse indicador, demonstra com clareza o perfil social e econômico das pessoas que entram e permanecem no sistema prisional brasileiro (BRASIL, 2019).

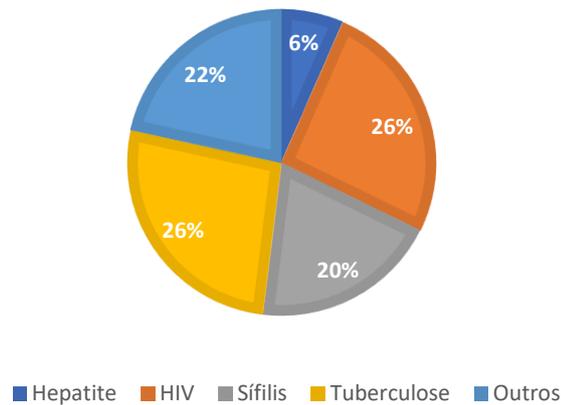
A assistência à saúde, tendo em vista que diversos fatores implicam diretamente para a ausência de uma assistência básica de qualidade, pode-se considerar precária nos ambientes prisionais. As pessoas privadas de liberdade estão inseridas em ambientes insalubres. A exemplo disso são as condições sanitárias inadequadas, a dificuldade de elaborar planos de contingência devido à superlotação, o que favorece a disseminação de doenças como tuberculose (VASCONCELOS et al.2019). Essa realidade é paradoxal, tendo em vista a existência do PNSSP e da PNAISP que tem o objetivo de elaborar planos que garantam a prevenção e a promoção de saúde (SIMAS, et al. 2021).

Abaixo, gráfico 3 apresentando os principais agravos em saúde da PPL do sexo

masculino em 2022 e em seguida o gráfico 4 apresentando os principais entre o sexo feminino no mesmo ano:

Gráfico 3. Principais agravos em saúde, entre a população privada de liberdade Brasileira, do sexo masculino em 2022

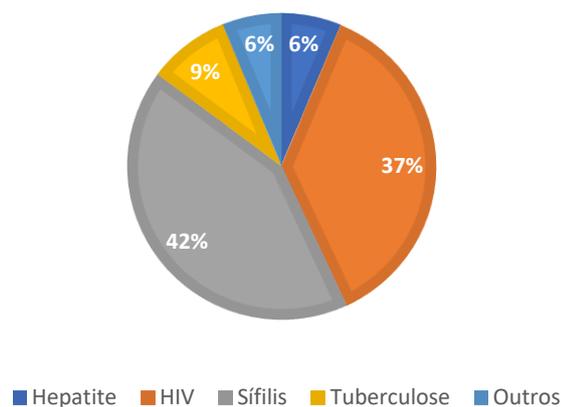
**PRINCIPAIS AGRAVOS EM SAÚDE DENTRE A PPL MASCULINA EM 2022**



Fonte: SISDEPEN, 2022

Gráfico 4. Principais agravos em saúde, entre a população privada de liberdade Brasileira, do sexo feminino em 2022

**PRINCIPAIS AGRAVOS EM SAÚDE DENTRE A PPL FEMININA EM 2022**



Fonte: SISDEPEN, 2022

Além disso, no ano de 2022 a maior causa de mortalidade entre as PPL foi “naturais por motivos de saúde”, seguidas por “causas desconhecidas” e “suicídios” (SISDEPEN, 2022).

## 2.4 PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NO SISTEMA PRISIONAL

O modo como são desenvolvidas atividades profissionais, como trabalho é realizado, seja ele qual for, é chamado de processo de trabalho. Pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de técnicas pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto ou serviço, para que, em sua fase final, com a utilidade esperada (FARIA et al, 2009). No contexto da saúde o processo em si se baseia na comunicação entre os profissionais e seus saberes, buscando a troca de informações e a melhoria do compromisso dos profissionais com a produção de saúde integral (LACERDA & MORETTI-PIRES, 2016).

Quando se pensa em processo de trabalho, tanto no campo da saúde quanto no da educação, é necessário considerar que os usuários do serviço são também, direta e imediatamente, sujeitos e agentes do processo de trabalho, e, em alguma dimensão de seu ser, são objetos desse mesmo processo (MORETTI-PIRES et al, 2014).

O processo de trabalho em saúde perpassa pelos seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes. Esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico (PEDUZZI & SCRAIBER, 2009). O objeto é aquilo sobre o qual incide a ação do profissional, caracterizado no processo de trabalho em saúde pelas necessidades humanas. Os instrumentos, por sua vez, permitem a apreensão do objeto de trabalho, podendo ser materiais ou não materiais. Os agentes de trabalho imprimem finalidade ao objeto, podendo até ser os próprios instrumentos (SANTOS et al., 2021).

É importante ressaltar que os agentes podem ser tanto aqueles que conduzem o cuidado quanto o próprio indivíduo e a família, pois a atenção é centrada no usuário (objeto) e ao mesmo tempo é realizado um trabalho para que ele seja agente do processo de trabalho e participe do plano terapêutico a fim de alcançar o bem-estar que procura (BRAGHETTO et al., 2019).

Entretanto, a forma como os trabalhadores em saúde percebem cada componente do processo de trabalho tem reflexos na forma como eles o organizam e, conseqüentemente, no modo de instituir a produção do cuidado como finalidade desse processo de trabalho em saúde (SANTOS et al., 2021).

O conceito ‘processo de trabalho em saúde’ diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde (SANTOS et al., 2021). Existe um espaço intercessor que permeia a práxis do trabalho em saúde, em que todos os atores

exercem suas subjetividades, seus modos de agir – em meio aos quais se evidenciam as relações hierarquizadas, as responsabilidades e as competências diversas. Essas especificações exercem influências no processo de trabalho e exigem o reconhecimento da negociação, dos conflitos e do encontro com o outro (MERHY, 1997). O trabalho, dada a sua incidência na vida humana, se apresenta como uma forma de inserção social na qual aspectos psíquicos e físicos estão fortemente interligados, podendo se transformar em fatores de deterioração, envelhecimento e adoecimento grave, ou ainda como motivo de equilíbrio e desenvolvimento (BARBOSA et al, 2018). Pode haver dificuldade em conciliar a qualidade de vida com o mundo profissional, principalmente quando o cenário de trabalho é uma penitenciária brasileira, pois o contexto no qual se desenvolve o processo de trabalho interfere na saúde e na satisfação geral dos trabalhadores (ALMEIDA et al, 2021).

Falar sobre o processo de trabalho é falar necessariamente dos objetivos do trabalho, dos sujeitos que agem, do objeto da ação e dos meios disponíveis e utilizados na execução da ação. Pensar sobre o processo de trabalho no ambiente deste estudo implica uma reflexão sobre os limites e possibilidades, mas principalmente sobre as responsabilidades diante dessa população privada de liberdade (BESSIL, 2017). Todo processo de trabalho ocorre dentro de um território específico e sobre ele, e na saúde prisional não é diferente (MORETTI-PIRES et al, 2014).

Deve-se destacar que, como todo processo de trabalho é regido pelos fins estabelecidos, e a escolha desses fins ou objetivos é uma atividade de crucial importância. É aí que se localizam, mesmo que não explicitamente, as grandes questões sociais e de poder na determinação dos processos de trabalho. Nos processos de trabalho da saúde, o objetivo final é a saúde integral dos indivíduos e coletividades, sendo que no contato da APS, para alcançá-la, as equipes atuam a partir das demandas e necessidade dos seus territórios (MORETTI-PIRES et al, 2014).

O sistema de saúde prisional, composto pela sua comunidade prisional (população privada de liberdade, profissionais de saúde, agentes penitenciários e suas famílias), deve estar articulado com os demais estabelecimentos e serviços do SUS – que são ponto de contato e entrelaçamento de uma mesma rede: Unidades de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Unidades de Urgência e Emergência e Hospitais – a Rede de Atenção à Saúde (MORETTI-PIRES et al, 2014).

O trabalho em saúde foi inserido no sistema prisional brasileiro a partir da publicação do PNSSP, em 2005 e, atualmente, com a PNAISP, publicada em 2014, que insere uma unidade de saúde dentro das penitenciárias, com equipe multidisciplinar formada por médico,

enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, assistente de consultório dentário, psicólogo e assistente social, na qual sua composição seja adequada à quantidade de apenados presentes nas unidades (BARBOSA et al, 2018).

De acordo com a PNAISP, o processo de trabalho dos profissionais de saúde deve ter como objetivo a inclusão das PPL no SUS, a realização da assistência fundamentada na intersectorialidade, a organização dos sistemas de saúde, a regionalização, a universalidade, a equidade, a integralidade, a resolubilidade da assistência e o respeito à cidadania, tendo em vista o reconhecimento dos variados problemas de saúde que decorrem da situação de confinamento (BARBOSA et al, 2018).

Segundo Schultz et al. (2022), o processo de precarização do trabalho em saúde no contexto do sistema prisional mantém relação direta com fatores estruturais e gerenciais complexos no campo da saúde e das finalidades e demandas diversas à saúde da segurança penal. Essa realidade afeta negativamente o trabalho dos profissionais que exercem os cuidados primários em saúde voltados à população privada de liberdade.

O processo de saúde e adoecimento de uma sociedade é resultante da interação entre fatores associados aos determinantes sociais, econômicos, culturais, ambientais e políticos, portanto um processo complexo (TAVARES et al, 2016).

O termo formação carrega consigo ambiguidades, múltiplos sentidos e práticas nos diversos contextos, sendo recorrente o debate quanto à separação da competência técnica e do compromisso político (PINHEIRO; CECCIM & MATTOS, 2006). A concepção de formação não deve se resumir aos processos de aquisição, transmissão e difusão de conhecimentos que ocorrem nos ambientes acadêmicos, sendo imprescindível diferenciar formação e escolarização.

A formação profissional deve estar pautada nas competências profissionais necessárias para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde no processo de trabalho. A promoção da saúde é definida como o processo de capacitação do indivíduo para assumir responsabilidade pela sua própria saúde, dando-lhe autonomia para combater fatores que influenciam no seu processo de adoecimento. No entanto, para o bom desempenho e desenvolvimento de ações de promoção da saúde é imprescindível que os profissionais de saúde incorporem competências específicas que direcionem suas práticas. Sendo assim, é necessário que a formação dos profissionais de saúde esteja adequada às atuais demandas da população, bem como das novas políticas públicas de saúde (SAMPAIO et al., 2021).

Ao longo dos tempos, o cuidado tem se confirmado como expressão historicamente construída, permeada por sentidos e valores atribuídos pela sociedade. Também tem se revelado

como conceito central para entendermos a complexidade das práticas cotidianas de saúde (SCHMITT et al, 2014). A palavra *cuidado* origina-se do latim e tem dois significados diferentes. O primeiro identifica cuidado como cura, que no seu sentido antigo – escrito em latim *coera* – expressava atitude de cuidado, de desvelo e preocupação. No segundo, cuidado vem de *cogitar*, e de sua corruptela *coerdar*, *cuidar*, com o sentido de cogitar e pensar no outro, mostrar atenção e interesse nele (SCHMITT et al, 2014).

O que se evidencia como comum nos dois sentidos é a atitude de reconhecer a importância do outro e de isto ser a força motriz que nos impulsiona a manifestar dedicação e disposição de participar de seu destino, de seus sofrimentos, de sua vida. Então, em saúde, podemos entender cuidado como desvelo, diligência, atenção (SCHMITT et al, 2014).

Entretanto, sabemos que o cuidado em saúde carrega uma complexidade oriunda tanto das necessidades de saúde que cada pessoa apresenta quanto dos elementos que compõem o trabalho em saúde. Por isso, é interessante observarmos como alguns autores definem e sistematizam a gestão do cuidado em saúde tendo por base a concepção de saúde como direito social e o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional para dar conta de uma atenção integral aos indivíduos e coletivos (SCHMITT et al, 2014).

Pensar em integralidade do cuidado exige articulação nas diferentes instâncias: entre os profissionais e entre as diferentes unidades de saúde que compõem a rede de atenção à saúde. Este é um dos grandes desafios a serem superados no cotidiano do trabalho das equipes de saúde e do próprio funcionamento do SUS (SOUZA et al., 2020).

A inserção de profissionais de saúde no âmbito penitenciário ocorreu desde a instituição da LEP, passou pela publicação da PNSSP e continuou após a instauração da PNAISP. De acordo com a política, o acesso e a atenção à saúde são desenvolvidos pelas Equipes de Atenção Básica no Sistema Prisional (EABP). É indispensável que os profissionais da EABP realizem suas práticas assistenciais em conformidade com aquelas ofertadas na atenção primária à saúde (BARBOSA et al., 2019).

Assim, deve ser garantida a atenção integral à saúde, a partir de ações que visam o tratamento e a reabilitação de doenças e agravos mais prevalentes, ações de prevenção de doenças e atividades de promoção da saúde, com a participação transversal da rede de cuidado.

As atribuições de cada um dos profissionais das EABP no âmbito do SUS devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. Porém, destacam-se dentre as atribuições comuns a todos os profissionais de saúde do Sistema Prisional, segundo a PNAISP (BRASIL, 2014):

I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da

equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - Manter atualizado o atendimento dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e prisional, utilizar de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - Realizar o cuidado de saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito na unidade de saúde, e quando necessário na cela e nos demais espaços prisionais;

[...]

IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

[...]

VIII - Responsabilizar-se pela promoção adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

[...]

XIII - Realizar trabalhos interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

[...]

XV - Participar das atividades de educação permanente;

De acordo com a PNAISP, o processo de trabalho dos profissionais de saúde deve objetivar a inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS, a realização da assistência fundamentada na intersetorialidade, a organização dos sistemas de saúde, a regionalização, a universalidade, a equidade, a integralidade, e resolubilidade da assistência e o respeito à cidadania, tendo em vista o reconhecimento dos variados problemas de saúde que decorrem da situação de confinamento (FILHO; BUENO, 2016).

Entretanto, o cenário penitenciário nacional põe em risco a biossegurança e a segurança dos profissionais, e estes ainda desempenham suas atividades laborais enfrentando os problemas recorrentes à atuação do trabalho no SUS. Esse contexto, quando articulado, apresenta-se como entrave para a execução do trabalho, comprometendo a qualidade de vida no trabalho dos profissionais nesses locais, ao passo que geram estresse ocupacional (CASTRO, 2011).

A atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade deve buscar controlar ou reduzir os agravos mais frequentes que acometem essa população, respeitando a diversidade étnico-racial, a das limitações e necessidades físicas e mentais especiais, a das condições socioeconômicas, a das práticas e concepções culturais e religiosas, a de gênero, a de orientação sexual e a de identidade de gênero (BRASIL, 2014).

Considerando o panorama da saúde das pessoas privadas (gráficos 1, 2, 3 e 4) de liberdade no Sistema Prisional brasileiro e as recentes políticas públicas sobre a atenção a essa

população, é necessária uma mudança a qual não pode se limitar à estrutura física. A mudança deve incluir a qualificação de um quadro permanente de profissionais da saúde, ações educativas de promoção da saúde e de prevenção das doenças, além de uma assistência que possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida (FREITAS et al 2016).

A Organização Mundial de Saúde destaca a necessidade de treinamento adequado para os profissionais de saúde que atuam junto à população privada de liberdade. Desenvolvendo estratégias e mecanismos para a capacitação e educação permanente dos trabalhadores de saúde nesta temática (OMS, 1995; BRASIL, 2014).

Dentro dessa perspectiva, os profissionais de saúde que atuam no sistema prisional, pautados nos princípios e diretrizes do SUS, vão se deparar com diversos desafios na construção de ações de saúde de maneira integrada com os demais pontos da rede de atenção, bem como práticas que se afastem do estigma e das discriminações vivenciadas pelas pessoas privadas de liberdade, podendo assim priorizar a escuta e o cuidado integral (COELHO et al, 2019).

Outro ponto que impacta negativamente o processo de trabalho neste âmbito é a qualificação profissional, onde há pouca oferta de espaços formativos (capacitação, treinamento) e de compartilhamento de saberes (educação permanente). Soma-se a esse processo de formação a indispensável abertura e a criação de políticas penitenciárias comprometidas com o escopo da saúde no sistema prisional (SCHULTZ et al, 2022).

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, uma vez que possibilita maior aproximação com o cotidiano e as experiências vivenciadas pelos próprios sujeitos. A pesquisa qualitativa, no âmbito da pesquisa social, relaciona-se aos significados presentes nas ações humanas, como as motivações, aspirações e valores. Esses fenômenos representam a realidade vivida e partilhada com outros indivíduos. Assim, a produção humana envolve o universo das relações, representações e das intencionalidades e constitui o objeto do estudo qualitativo (MINAYO, 2016).

O caráter exploratório numa pesquisa permite de modo flexível aperfeiçoar o conhecimento e/ou realizar descobertas sobre o tema a ser estudado de forma variada, ampliando o resultado da pesquisa. O caráter descritivo tem como intuito descrever as

características de certa população ou fenômeno a ser estudado. Ambos se relacionam à pesquisa social e à busca pela compreensão da atuação prática dos indivíduos (MINAYO, 2016).

### 3.2 ORIGEM E COLETA DOS DADOS

Ao encontro destas premissas, por meio da parceria entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Coordenação Técnica de Saúde Prisional do Ministério da Saúde, desenvolveu-se o projeto “Educação Permanente em Saúde no Âmbito da Política Nacional para Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)”. Este consistiu-se em um plano de educação permanente em saúde para a consolidação de uma rede integrada, visando o fortalecimento da atenção à saúde para as pessoas privadas de liberdade. Divulgado pela UFSC, o curso foi destinado a profissionais das áreas de odontologia, medicina, enfermagem, serviço social, educação física, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional, arte educador e/ou medicina veterinária. A turma utilizada foi a matriculada no primeiro semestre do ano de 2019.

O projeto foi responsável pela elaboração de materiais didático-pedagógicos sobre atenção à saúde da população privada de liberdade para oferta de curso de capacitação na modalidade a distância, direcionado à qualificação de equipes de saúde que atendessem à população masculina e feminina privada de liberdade, a consolidação da produção de materiais instrucionais para os cursos à distância, além da criação de acervo público e colaborativo de materiais educacionais para a PNAISP.

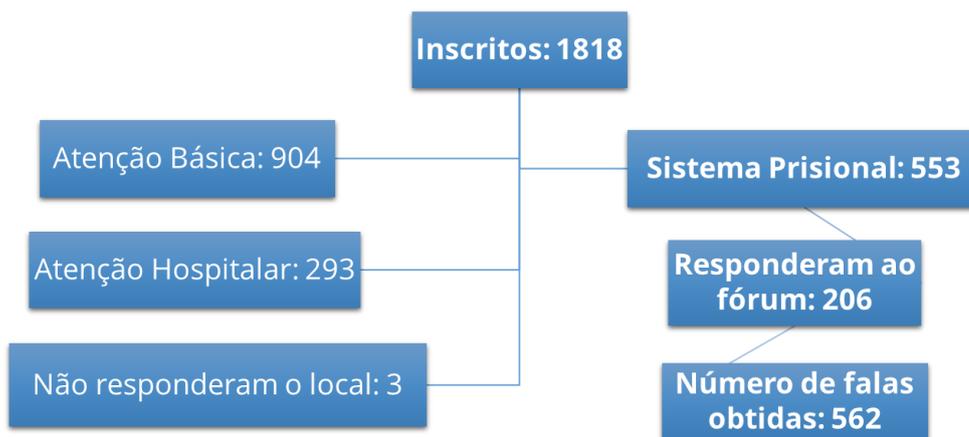
O espaço do criado virtualmente para o desenvolvimento da capacitação possui um fórum de Educação Permanente no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) que se propõe a explorar o diálogo sobre as demandas de formação dos profissionais que atuam nesta área. Os participantes interagem virtualmente no fórum proposto, que tinha como pergunta norteadora das discussões: Quais as principais barreiras encontradas pelos profissionais de saúde, para a aplicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)?

Assim, os dados para esta dissertação serão provenientes de intervenções em fórum de atividade realizadas por profissionais da saúde, atuantes no Sistema Prisional Brasileiro, inscritos no curso de capacitação em Atenção à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade, oferecido na plataforma Moodle (*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*), um *software* livre de apoio à aprendizagem em ambiente virtual online.

O curso teve início em 2019, com carga horária de 30 horas e foi destinado a profissionais de saúde que prestam assistência às pessoas privadas de liberdade. Ele teve como objetivo geral promover um espaço para que os profissionais pudessem refletir a respeito do tema e, por meio dessa reflexão, pudessem compreender as consequências da mudança da política de atenção às pessoas privadas de liberdade para o avanço social, assim como as possibilidades de contribuição dos profissionais da saúde para essa nova realidade que se desenha. Cabe salientar que os alunos se inscreveram por interesse próprio já que o curso, além de gratuito, foi aberto em livre demanda.

Participaram do curso 1818 profissionais da saúde porém, foram utilizadas na pesquisa as respostas de 553 participantes após realizado a filtragem para selecionar apenas os que atuam no sistema prisional, conforme imagem a seguir:

Imagem 1: Metodologia de filtragem utilizada para selecionar participantes válidos segundo critérios da pesquisa



Fonte: a autora (2022)

### 3.3 MÉTODO DE ANÁLISE

Utilizou-se como método a Análise de Conteúdo, por não de tratar se um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, a análise é composta de um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2009). Essa metodologia é composta de três etapas: *pré-análise*, *exploração do material*, e *tratamento dos resultados* (com inferência e interpretação). Dado que a pesquisa, propriamente dita, necessita que haja a inferência e

interpretação do pesquisador, recorreu-se à metodologia Análise de Conteúdo de Bardin como método analítico.

### 3.3.1 Pré-análise

Nessa etapa do estudo ocorre a organização propriamente dita, correspondendo a um período de intuições, pois seu objetivo é sistematizar as ideias iniciais através de um retorno à questão norteadora e ao objetivo inicial da pesquisa. Nessa etapa que ocorreu a leitura flutuante, caracterizada por Bardin (2011) como sendo o primeiro contato do pesquisador com os documentos a analisar, deixando-se impregnar por seus conteúdos. Após esta leitura flutuante, ocorreu a escolha do que analisar nos documentos, essa escolha dependerá dos objetivos de cada pesquisa, e é denominada constituição de um corpus.

Conforme Bardin (2011), nesta etapa, devem ser levados em conta na elaboração das categorias e análise dos documentos os critérios de *homogeneidade* (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes), *representatividade* (amostra deve representar o universo), *exaustividade* (esgotar a totalidade da comunicação), *pertinência* (os documentos devem adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e *exclusividade* (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria).

A escolha dos documentos ocorreu no curso de capacitação “Atenção à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade” no espaço pedagógico denominado de “Fórum”, que se propôs explorar o diálogo sobre as demandas de formação dos profissionais que desenvolviam o curso e no sistema prisional. No fórum o aluno interagiu com os demais discutindo e refletindo sobre a pergunta: Quais as principais barreiras encontradas pelos profissionais de saúde, para a aplicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)?

Após a leitura flutuante ocorreu a escolha do que analisar nos documentos, essa escolha depende dos objetivos de cada pesquisa, e é denominada constituição de um corpus. Essa etapa consistiu essencialmente de operações de codificação, categorização do corpus e de conceitos teóricos importantes que orientaram a análise da pesquisa. Essa busca por categorias, nada mais é do que a procura por palavras ou expressões significativas dentro de um documento ou fala, às quais devidamente organizadas se pretende analisar (BARDIN, 2011).

Nesta etapa foi possível separar todas as respostas dos participantes em um só documento do *Microsoft Excel*®, e como os dados devem ser mantidos anônimos, todas as respostas foram organizadas em linhas, em um só documento e sem a identidade de cada um.

Realizada essa etapa, o corpus composto por todas as respostas dos participantes foi constituído, conforme a regra da exaustividade.

Nesta primeira fase, foram extraídos dados sociodemográficos, sendo eles: sexo, estado de residência, área de atuação, tipo de população privada de liberdade que atende (masculina, feminina ou ambas), local de atuação e profissão. Foi realizado um filtro para obter as respostas apenas dos profissionais que atuam dentro do Sistema Prisional, visto que há muitos alunos que atuam em outras áreas do SUS, mas atendem às pessoas privadas de liberdade através das RAS. Há também os alunos que não trabalham com esta população, mas se interessam pelo tema. Esses dois últimos públicos foram excluídos da pesquisa.

Em cada resposta, foi grifado em negrito as palavras que mais se destacaram na leitura para, posteriormente, definir em qual categoria aquela resposta se encaixaria. Em outra tabela, de maneira intuitiva foram criadas categorias que, conforme leitura, realizassem a devida separação/divisão das respostas obtidas.

### *3.3.2 Exploração do material*

A exploração do material, segunda fase de análise na proposta de Bardin, visa alcançar as unidades centrais para a compreensão do texto, em que o pesquisador realiza as codificações necessárias para o entendimento do fenômeno estudado. Esta é a etapa da descrição analítica, da codificação, classificação e a categorização (BARDIN, 2011). Nesta fase o material transcrito foi lido exaustivamente, para apreensão e saturação dos dados contidos nas falas. As categorizações foram feitas manualmente, por agrupamento dos temas que emergiram, resultando em nove categorias: Desconhecimento das Políticas de Saúde; Desconhecimento de direitos das pessoas privadas de liberdade; Estigma/Preconceito; Estrutura Física; Gestão/Política; Processo de trabalho; Protocolos de segurança; Recursos Humanos; Recursos Materiais/Financeiros.

Após analisar as categorias, definiu-se para material de análise a categoria Processo de trabalho. Dentre as categorias elencadas, a do processo de trabalho será explorada neste trabalho no intuito de responder aos objetivos propostos: Identificar os desafios e lacunas, no processo de trabalho, encontrados para a efetiva implementação da PNAISP no Brasil a partir do discurso dos profissionais de saúde que atuam dentro do sistema prisional.

### *3.3.3 Tratamento dos resultados (inferência e interpretação)*

A terceira etapa foi o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, onde a partir dos dados coletados e já categorizados, inferimos e procedemos às interpretações, buscamos desvendar os possíveis discursos dos conteúdos. Os dados brutos foram tratados de maneira a expressarem sua real magnitude (BARDIN, 2011). Nesta fase os resultados brutos foram ajustados de maneira que fossem significativos e válidos, permitindo a compreensão dos fatores que os profissionais de saúde atuantes no sistema prisional levantaram como desafios e lacunas para a implementação efetiva da PNAISP no Brasil.

A interpretação dos dados é a última etapa da análise de dados, tem como objetivo a busca do sentido mais abrangente das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (BARDIN, 2011) e que terá seu resultado discutido no resultado do artigo deste trabalho.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão considerados dados as respostas encontradas no fórum do curso analisado, de participantes profissionais da saúde, atuantes dentro do Sistema Prisional Brasileiro.

### 3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas respostas dos participantes que atuam em outros pontos da RAS que não o Sistema Prisional, como por exemplo, unidades básicas de saúde e unidades de pronto atendimento.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A resolução 196/96 define pesquisa envolvendo seres humanos como aquela que envolve o ser humano individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em parte dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 1996).

Este estudo integra o Projeto de Pesquisa “Avaliação dos estudantes do Curso de Atenção à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número de aprovação CAAE 21957519.4.0000.0121. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme parecer nº 3.825.682 (Anexo 1).

Foi garantido total sigilo sobre os participantes do curso (nome, local de atuação e/ou quaisquer características que poderiam identificá-los). Os dados obtidos tiveram finalidade exclusiva para o projeto de pesquisa ao qual se vinculam.

Após o término do estudo, as informações adquiridas foram arquivadas e armazenadas e permanecerão por um período mínimo de cinco anos sob o encargo da pesquisadora responsável, que se comprometeu em fornecer o retorno dos resultados a todos os participantes, em todas as etapas da pesquisa. Ao julgar esta pesquisa socialmente relevante e assegurando a inexistência de conflitos de interesse com os participantes da pesquisa, a pesquisadora se comprometeu em manter o sigilo da identidade dos participantes e assegurou que qualquer informação que seja divulgada em relatório ou publicação, será feita sob a forma codificada e perante o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, que garante o resguardo dos interesses dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Conforme o regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados e discussão deste estudo estão apresentados em forma de artigo científico.

##### **4.1 ARTIGO 1 - DESAFIOS E LACUNAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO.**

Jéssica Mendes Rocha

Sheila Rubia Lindner

#### **RESUMO**

Esta pesquisa teve como objetivo identificar os desafios e lacunas no processo de trabalho de profissionais da saúde do sistema prisional frente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, realizada com 553 profissionais da saúde atuantes no Sistema Prisional Brasileiro que participaram de um curso de capacitação em Atenção à Saúde de Pessoas Privada de Liberdade a distância ofertado pela Universidade Federal de Santa Catarina em 2019. Os dados foram extraídos do fórum online que fez parte do curso. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. Da análise emergiram três categorias: Conhecimento/Qualidade do processo de trabalho inerente a cada profissão, Comunicação

interprofissional e Fluxos entre as Redes de Atenção à Saúde. Verificou-se que há pouco conhecimento do processo de trabalho no contexto da saúde prisional, restrição de cursos e capacitações, processo de comunicação interprofissional deficiente e falhas para a implementação de um fluxo efetivo das redes de atenção à saúde com a saúde prisional.

**Palavras-chave:** Saúde Prisional; Gestão do trabalho em saúde; Profissionais de Saúde;

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde no sistema prisional foi introduzida pela Lei nº 7.2210, de julho de 1984, Lei de Execuções Penais (LEP), cuja finalidade foi proporcionar condições para que houvesse integração social da pessoa sentenciada e da internada, apontando como base do cumprimento das penas privativas de liberdade (BRASIL, 2010). Em 1988, a Constituição Federal (CF), dando início ao Sistema Único de Saúde (SUS), decreta que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, e, com base nesse decreto e outros fatores, o Ministério da Saúde em ação integrada com o Ministério da Justiça elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) através da Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que prevê a inclusão da população do sistema prisional no SUS, garantindo que o direito à cidadania seja efetivo na perspectiva dos direitos humanos, como também que se criem estruturas de unidades básicas de saúde nos estabelecimentos prisionais (BRASIL, 2014).

Com o processo de redesenho do PNSSP, ocorrido de 2011 a 2014, foi publicado o um novo marco na política de saúde do sistema prisional: a Portaria Interministerial de nº 01, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014).

A PNAISP tem como objetivo a inclusão das pessoas privadas de liberdade (PPL) no SUS, garantindo o direito à saúde e à cidadania na perspectiva dos direitos humanos, além de garantir o acesso desta população a todos os níveis de serviços oferecidos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da implantação de equipes de atenção primária intramuros e do correto encaminhamento, quando necessário, para a média e alta complexidade em serviços extramuros (BRASIL, 2019). Essa política traz que toda unidade prisional passou a ser ponto de atenção da RAS e que os atendimentos devem ser realizados para toda população privada de liberdade que se encontra sob custódia em todo o itinerário carcerário que vai desde presos provisórios em

delegacias de polícia e centros de detenção provisória a presos condenados em penitenciárias federais (MIRANDA, RANGEL & MOURA, 2016).

É chamado de processo de trabalho o modo como as atividades profissionais são desenvolvidas, como o trabalho é realizado, qualquer que seja ele. É o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para obterem determinado produto/serviço, sendo então, todo processo de trabalho, regido pelos fins estabelecidos. A escolha e o estabelecimento desses fins ou objetivos são uma atividade de crucial importância, entretanto, atualmente, em quase todas as instituições, a definição das finalidades está quase completamente alienada, fora do poder de decisão dos trabalhadores que realizam as atividades produtivas diretas. Quem define as finalidades são, geralmente, grupos restritos que ocupam os níveis mais elevados da hierarquia institucional (FARIA et al., 2009).

De acordo com a PNAISP, o processo de trabalho dos profissionais de saúde deve objetivar a inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS, a realização da assistência fundamentada nos princípios do SUS (intersetorialidade, a organização dos sistemas de saúde, a regionalização, a universalidade, a equidade, a integralidade), na resolubilidade da assistência e o respeito à cidadania, tendo em vista o reconhecimento dos variados problemas de saúde que decorrem da situação de confinamento (BRASIL, 2014). Nos processos de trabalho da saúde, o objetivo final é a saúde integral, e é para alcançá-lo que a equipe de atenção básica à saúde atua no seu território (MORETTI-PIRES et al, 2014).

Os profissionais de saúde que atuam no sistema prisional estão imersos em um campo de atenção primária peculiar, diferente do ensinado em cursos de nível médio e superior em saúde. Assim, essa pesquisa teve como objetivo identificar os desafios e lacunas no processo de trabalho dos profissionais do sistema prisional e suas implicações para a implementação da PNAISP.

## **2. MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, uma vez que esta possibilita maior aproximação com o cotidiano e as experiências vividas pelos próprios sujeitos (MINAYO, 2016). A pesquisa foi realizada a partir de informações provenientes do fórum de atividades de um curso de capacitação em Atenção à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade, ofertado na modalidade EaD (ensino à distância) pela Universidade Federal de Santa Catarina.

O curso foi aberto em livre demanda a todos os interessados e de forma gratuita e teve início em 2019 com carga horária de 30 horas. Dentro da página havia um módulo de fórum onde os participantes responderam e debateram em cima de questões levantadas pelos professores e a pesquisa foi realizada dentro deste fórum com o banco de dados do curso. Participaram do curso 1818 pessoas distribuídas por todo o Brasil, porém, foi realizada a filtragem manual no programa Excel® para selecionar apenas os que atuam no sistema prisional, e, destes, 553 atuavam no sistema prisional. Porém, ainda destes, somente 206 responderam ao fórum proposto pelos professores, resultando em 562 falas. Essas falas tiveram como assunto principal os desafios e lacunas entrados pelos indivíduos atuantes na área da saúde do sistema prisional para a implementação da PNAISP.

Dentre as questões do fórum, surgiu a seguinte: *Quais as principais barreiras encontradas pelos profissionais de saúde, para a aplicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)*

A análise dos dados foi realizada segundo a técnica da “Análise de Conteúdo” (Bardin, 2011). A análise dos dados obtidos por meio das falas encontradas no fórum de discussão foi fundamentada no método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2016), contemplando as três etapas. Na primeira fase, na pré-análise realizou-se a organização dos dados em sua totalidade no programa Excel®. Ainda nesta etapa, verificando o cadastro dos participantes do curso, foi possível selecionar quais eram as respostas pertencentes aos profissionais atuantes no sistema prisional e quais não eram, sendo possível então armazenar apenas as respostas dos participantes atuantes na área pesquisada.

Na segunda etapa, na exploração do material, optou-se por continuar o uso do programa supracitado e o material transcrito foi lido exaustivamente, para apreensão e saturação dos dados contidos nas falas. As palavras mais relevantes das falas foram marcadas em negrito, o que permitiu que fossem agrupadas por conteúdo, tema e semelhança. A terceira etapa da análise dos dados consistiu no tratamento dos resultados obtidos e interpretações por meio da categorização. A fim de não revelar a identidade dos sujeitos pesquisados, utilizou-se um critério impessoal para distingui-los. Foram abrangidos nos critérios de inclusão respostas encontradas no fórum do curso analisado, de participantes profissionais da saúde, atuantes dentro do Sistema Prisional Brasileiro. Foram excluídas respostas de profissionais que atuam em outros pontos da RAS.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número de

aprovação CAAE 21957519.4.0000.0121. As normas éticas nacionais em pesquisa envolvendo seres humanos foram consideradas na concepção e desenvolvimento do estudo.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **Perfil dos participantes**

Participaram da pesquisa 206 profissionais de saúde distribuídos em quase todos os estados brasileiros, ficando ausentes de representação apenas os estados do Amazonas e Roraima. Desse público cabe destacar a alta prevalência de profissionais de saúde do sexo feminino, com 79% do total. Enfermeiros e Assistentes Sociais são as profissões que prevaleceram entre os participantes.

No Brasil, dados censitários mostram crescimento da força de trabalho, com o aumento da taxa bruta de participação feminina de 13,6%, em 1950, para 26,9%, em 1980, atingindo 47,2% no final da década de 1990. No setor de saúde, a participação feminina chega a quase 70% do total, com 62% da força de trabalho das categorias profissionais de nível superior, chegando a 74% nos estratos profissionais de níveis médio e elementar (CAVENAGHI, 2018).

Ao analisar esses dados relativo à força de trabalho em saúde, observa-se um fenômeno interessante: a feminização. Esse fenômeno é influenciado por múltiplas variáveis. Segundo Lavinias (2001), em seu estudo sobre empregabilidade no Brasil, a participação feminina no mercado de trabalho tem aumentado de forma linear e alheia as flutuações da economia. A autora classifica nove grupos profissionais, sendo que no grupo 6 estaria a força de trabalho do judiciário, do ensino e da saúde. Nesse grupo, destacam-se algumas razões da feminização, isto é, das condições da expansão do nível de ocupação mais favoráveis as mulheres do que aos homens:

- 1) maior nível de escolaridade associado ao patamar de remuneração ainda inferior;
- 2) certo tipo de atributo pessoal credenciado pela dimensão de gênero que hoje é fortemente demandado pela “nova economia”.

Algumas questões demográficas perpassam todos ou a maioria dos seguintes elementos: gênero, migração entre outros. As tendências demográficas têm implicações diretas nos mercados de trabalho por meio de três fatores principais: oferta de trabalho, produtividade e demanda. A educação dos profissionais de saúde é um fator que afeta a oferta e o equilíbrio de gênero da força de trabalho em saúde. Tradicionalmente, a maioria dos trabalhadores de enfermagem, obstetrícia, saúde comunitária e cuidadores são mulheres, e a maioria dos médicos

e gerentes são homens. No entanto, os dados de gênero e idade nem sempre estão facilmente disponíveis nos sistemas de informação (SZABO et al., 2020).

Quanto as profissões, pode-se observar, na Figura 2, uma diversidade, com predomínio do nível superior (95,3%) havendo destaque para a enfermagem (35,9%), a assistência social (23,3%) e a psicologia (17,9%).

Figura 2 – Distribuição dos profissionais participantes da pesquisa



Fonte: a autora (2022).

Por todo o mundo os sistemas de saúde vêm sofrendo profundas mudanças devido às transições demográficas, epidemiológicas e até mesmo pela carga de incapacidades da estrutura. Estas transições são poderosas forças que provocam mudanças nos sistemas de atendimento e nas características dos profissionais de saúde (CRISP & CHEN, 2014).

### **Categorias**

A partir da análise de conteúdo das falas dos participantes, foi possível organizar e classificar as falas em categorias dos elementos constitutivos do tema, desta forma emergiram três unidades temáticas: Conhecimento/Qualidade do processo de trabalho inerente a cada profissão, Comunicação interprofissional e Fluxos entre as redes de atenção à Saúde.

### ***Categoria 1: Conhecimento/Qualidade do processo de trabalho inerente a cada profissão***

Para a efetivação da PNAISP, a qualificação profissional é de fundamental importância pois permite transformações no trabalho para que esse venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente competente. Ademais tem sido considerada uma importante ferramenta na construção da competência do profissional, contribuindo para a organização do trabalho (CECCIM; FERLA; 2008; OLIVEIRA et al., 2011).

Essa realidade não está presente no ambiente prisional como podemos perceber na fala de um profissional desse estudo.

*[...] e os principais entraves é a falta de conhecimento do objetivo e ações propostas para população privada de liberdade por parte das instituições que são parceiras na execução do PNAISP referente ao papel de cada um, responsabilidades e articulações nas tomadas de decisões com objetivo de executar com as ações, por parte de alguns profissionais com relação ao perfil para a execução do trabalho e instituições de saúde da rede que não compreende como é a rotina do trabalho em saúde nas unidades prisionais dificultando o acesso aos serviços em saúde. (Fala 1)*

A assistência em penitenciárias apresenta características diferentes da habitual rotina de cuidados realizados pelas equipes de saúde. A prisão, no geral, é um ambiente identificado como hostil, instável e complexo, com identidade peculiar e contexto próprio. Nesse contexto, podemos notar que as necessidades laborais dos profissionais de saúde vão além de questões estruturais, materiais e técnicas. As capacitações devem ser ofertadas também no intuito de proteção contra interpelações físicas (BRITO et al, 2020), como exemplificado na fala abaixo:

*Muitos fatores podem ser apontados [...] bem como qualificação para os profissionais de saúde de forma que possam atuar com efetividade na implementação real desta política. Avalio sempre importante frisar a necessidade de qualificação profissional, por entender que as formações de base acadêmica dos profissionais que atuam na área da saúde, de modo geral, não oferecem espaço para a discussão da saúde de pessoas em privação de liberdade [...]. (Fala 2)*

Conforme aponta Almeida Filho (2013), os modelos de educação superior em saúde realizados ainda se mantem presos a um modelo de prática hospitalocêntrica e fragmentada, de

viés privatizante, e mostram-se deficientes em atender às necessidades sociais por saúde. O perfil predominante do egresso dos cursos de graduação em saúde revela seu pouco comprometimento com o SUS e compreensão da necessidade do trabalho em equipe, fraca formação humanística, resultando muitas vezes em profissionais despreparados.

De acordo com Barbosa et al. (2022), é importante destacar que de acordo com a PNAISP é responsabilidade da União, por meio do Ministério da Saúde, estimular e realizar ações para a formação e educação para a difusão da política no País. E ainda, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, publicadas em 2001, afirmam que a formação deve estimular habilidades e competências para o exercício profissional em equipe e em consonância com os serviços de saúde e a comunidade. Dessa forma, os centros de ensino superior devem assumir sua responsabilidade no que concerne a formação de profissionais de saúde, para que estes sejam capazes de atuar em consonância com as políticas públicas de saúde brasileiras, para fortalecer o SUS e suas diretrizes (BARBOSA *et al.*, 2022).

Paradoxalmente, estudos mostram que geralmente os profissionais que adentram o sistema não recebem capacitação introdutória para atuação em serviço de APS no Sistema Prisional. As orientações geralmente limitam-se às questões de segurança no local de trabalho e, mais especificamente, aos cuidados na relação com a população atendida, estes fornecidos por outros profissionais da penitenciária ou pela administração local (SCHULTZ et al, 2022).

Como as penitenciárias representam espaços de múltiplas segregações, onde a população atendida é segregada do restante da sociedade, e sem informações totalmente esclarecedoras sobre a realidade prisional, é de se entender que o profissional, ao ingressar no sistema não consiga estabelecer similaridade desse contexto com os outros contextos sociais, tanto pessoais como profissionais (BARCINSKI; CÚNICO, 2014). Como reflexo, inicialmente estes profissionais, em geral, não possuem conhecimento prévio de como executarão o seu trabalho em um ambiente tão adverso até adquirir familiaridade com esse sistema (BRITO et al., 2020).

A atuação profissional, independente do contexto de trabalho, exige que o trabalhador tenha conhecimento prévio da sua função, do ambiente de trabalho e da população que receberá atendimento. Há um dilema entre o distanciamento da formação acadêmica e o da experiência de trabalhar na prisão. Além disso, as experiências de trabalhos anteriores, diferindo em habilidades e recursos da atenção à saúde em ambiente prisional, justificariam a necessidade de formação adequada para atuar nesse novo cenário (SCHULTZ et al, 2022).

*A falta de capacitação para atuação nesta área é uma das principais lacunas que encontro. Chegamos ao sistema prisional sem muito conhecimento sobre a nossa atuação mesmo tendo muito tempo de experiência de trabalho em nossa área. É um espaço diferente, cheio de preconceitos e medos, dificuldades que nos são impostas para os atendimentos. Até mesmo o que podemos ou não fazer dentro das unidades prisionais não nos são passadas, aprendemos errando muitas vezes e nos colocando em risco muitas vezes e não atuando de forma efetiva como deveríamos. (Fala 3)*

*Na minha região de atuação propomos um seminário para os profissionais que atuam na área e percebemos a necessidade de formação específica. O seminário foi válido, mais abrimos mais demandas do que fechamos. (Fala 4)*

*As principais barreiras encontradas pelos profissionais de saúde, para a aplicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) é o desconhecimento da própria política mencionada. A falta de divulgação e treinamento e capacitação dos profissionais de saúde embasada nesta política. (Fala 5)*

O desconhecimento da PNAISP citados acima e encontrado em outras falas na pesquisa também está ligado a carência de capacitações e treinamentos encontradas pelos profissionais. Os participantes identificaram consistentemente a falta de educação permanente e oportunidades de treinamento como restrições à sua capacidade de desempenhar com sucesso seu papel e aplicação efetiva da política que rege o seu trabalho.

*Eu creio que um dos impedimentos seja falta de preparo dos profissionais do setor público para lidar com esse público justamente por não ter um governo que invista nessa capacitação. (Fala 6)*

*A primeira barreira é a falta de conhecimento, capacitação, informação para lidar com as diversas situações que permeiam este público. (Fala 7)*

*Mas creio que a maior lacuna, está na educação e capacitação de profissionais para atuarem na área de saúde dentro e fora dos presídios. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde, estão despreparados para atender com qualidade este público. (Fala 8)*

Cabe ressaltar também que cursos e capacitações isolados não bastam. Nesse sentido, as ações voltadas para a formação e qualificação profissional não podem depender, majoritariamente, da iniciativa dos próprios trabalhadores de saúde. A capacidade de auto-organização não é suficiente, e o papel da gestão é fundamental para assegurar essa prerrogativa (SCHULTZ et al, 2022).

*[...] A PNAISP aqui no estado tem sido efetivada, a secretaria de justiça é bem atuante e investe bastante, fiscaliza o cumprimento. Contudo, também percebo um distanciamento de suporte pela secretaria de saúde que não oferece recursos adequados em rede para atendimento dos apenados e nem investe em formação das equipes de saúde. Servimos a secretaria de saúde, mas ficamos alheios e distantes à formação continuada e às discussões. Essa distância promove muitas vezes dificuldades para atenção efetiva em saúde aos internos. (Fala 9)*

Essa fala é bastante representativa para a categoria, reiterando a lacuna encontrada na capacitação destes profissionais.

*A tomada de consciência dos gestores municipais da importância dessa política. Na minha cidade é exatamente o contrário! Falta o município e as UBS's compreenderem que na cidade existe uma Unidade Prisional que tem uma equipe de saúde pois todas as capacitações ofertadas, todas as reuniões a equipe da penitenciária nunca participa, e em parte ela também é excluída da rede. (Fala 10)*

É importante salientar que a consolidação do SUS tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas, a identificação e a definição de estratégias para a resolução dos problemas de recursos humanos (RH) em saúde, indicando também a necessidade de fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. O desenvolvimento de recursos humanos representa hoje um papel de suma importância para a consecução de um SUS democrático, equitativo e eficiente (SOUSA et al., 2021).

A qualificação de RH na saúde pode ser entendida como a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de enfrentar as mudanças

e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes espaços do SUS (SOUSA et al., 2021), não excluindo o sistema prisional.

Todo investimento em treinamento e qualificação de pessoal, quando bem planejado e desenvolvido, é capaz de produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas. Entretanto, é importante considerar que os resultados esperados de programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal podem ser minimizados pelas condições de cada estrutura institucional, caso a interação entre essa estrutura e os objetivos das propostas de treinamento/qualificação não estejam alinhados (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

As instituições, quando planejam suas propostas de capacitações, devem considerar o esclarecimento e elucidação de normas, rotinas, manuais de procedimentos, a fim de oferecer segurança ao trabalhador, auxiliar na sua tomada de decisão, além de conferir uniformidade no discurso e clareza nos objetivos. No intuito de aprimorar e desenvolver conhecimentos alinhados à rotina de trabalho, esses profissionais solicitam cursos e capacitações ao órgão responsável; no entanto, esses recursos, que dependem da aprovação da instituição, algumas vezes, são indeferidos (BRITO et al., 2020).

Portanto é claro apontar, a partir das falas que os profissionais trouxeram acerca do Conhecimento/Qualidade do processo de trabalho inerente a cada profissão, que educar para o trabalho em saúde deve deixar de ser a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos às novas gerações profissionais para tornar-se a formação de pessoas comprometidas com a execução de um projeto de sociedade, onde a saúde se relaciona amplamente com a qualidade de vida e trabalho (CECCIM; FERLA, 2008), especificamente em ambientes como o sistema prisional.

Para atuação no cenário prisional, o profissional de saúde deve apresentar alto grau de conhecimento, a fim de conseguir prestar assistência integral a PPL, tendo em vista a ampla complexidade referente ao cuidado prestado a essa população, no que se refere a diversidade de doenças, agravos e transtornos que acometem a população apenada, por tanto, exige-se o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o tratamento das principais necessidades de saúde percebidas, e ainda, as peculiaridades que envolvem o exercício laboral na instituição correcional (SANCHEZ; COLL-CAMARA, 2016).

## ***Categoria 2: Comunicação interprofissional***

Esta categoria descreve os desafios e lacunas encontrados pelos participantes na comunicação entre os profissionais da saúde atuantes no SP e desses com a administração da unidade prisional, ou seja, os profissionais da segurança pública.

Nesse sentido, destaca-se que no processo comunicativo mesmo que por meios diversos de acesso, é desejável que as informações estejam padronizadas. Nesta perspectiva, as diversas formas de comunicação são importantes e a escolha do emissor poderá acarretar vantagens e desvantagens (PEREIRA et al., 2021). Na fala em destaque a seguir pode-se notar que esse processo comunicativo com padronização não acontece e dificulta a ação da equipe de saúde.

*[...] as Equipes de Saúde no sistema Prisional não cumprem com a função de realizar a atenção básica nas instituições prisionais e não fazem parte da atenção básica municipal efetivamente porque o diálogo entre elas não existem com eficiência e resolubilidade [...]*  
(Fala 10)

É sabido que a comunicação interprofissional exige uma conversação solidária, capaz de refletir e fomentar transformações no agir, com vistas à promoção da humanização, da criação e da libertação dos processos de trabalho dos permutantes (FREIRE, 2011).

De acordo com Oliveira e Bento (2016), a principal desvantagem da comunicação inadequada é que pode proporcionar distorções, gerando ruídos. Daí a importância da adoção de um fluxo adequado de comunicação pelos diferentes grupos profissionais e de uma fonte e meio eficientes para informar as atribuições de cada um. Essa atitude é bem representada pela fala a seguir:

*[...] o difícil diálogo com a equipe de segurança das unidades que veem na área de saúde "os profissionais bonzinhos cuidando de criminosos" (visão esta totalmente deturpada dos princípios dos Direitos Humanos) [...]* (Fala 11)

Sendo a ausência desse evento um fato, isso pode vir a causar consequências, como a alienação do trabalho seguida da sua descontextualização, traduzindo uma relação antidualógica (FREIRE, 2011) do fazer em saúde.

Tal achado sugere que esse domínio é, portanto, potencialmente colaborativo e que, se concretizado, implica em maior segurança e qualidade da atenção à saúde, com respeito às

decisões pactuadas entre os profissionais e entre estes e os usuários (AGRELI; PEDUZZI, 2016; BARDASH; REAL; BARDASH, 2017).

Batista e Peduzzi (2018) afirmam que uma comunicação adequada nas relações de trabalho se desenvolve quando conhecemos as características próprias e do outro. Fato esse que parece não estar muito presente no cotidiano do trabalho das equipes de saúde prisional conforme relatos a seguir:

*“não há estruturação de trabalho interprofissional/interdisciplinar” (Fala 12)*

*“Percebo que as dificuldades de implementação da PNAISP se apresentam em alguns casos em questões relacionadas ao arranjo estrutural das unidades de saúde e nos entraves entre as equipes de saúde e de segurança, isso quando não ocorrem ruídos também com a diretoria do presídio ou a própria Gestão de saúde. Contudo também cabe ao profissional se adequar a realidade de cada unidade prisional em específico.” (Fala 13)*

Entretanto, algumas evidências empíricas e científicas apontam para a existência de diversos fatores que, possivelmente, impactam de forma negativa a adequada compreensão das equipes acerca do processo comunicativo, tais como: cultura e prática tradicional de ação fragmentada e uniprofissional; competitividade entre diferentes categorias profissionais; hierarquização de saberes e, conseqüente descaso em relação ao saber alheio; conflitos de interesses, formação profissional tradicionalista unidisciplinar; ausência de instrumentos e procedimentos padronizados de notificação de informações sanitárias intra e entre as unidades prestadoras dos serviços de saúde; desigualdades estruturais em relação às condições de trabalho; alta rotatividade de algumas categorias profissionais, entre outros (EISENMANN et al., 2018; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

É importante destacar, portanto, que a comunicação efetiva é um elemento essencial no cuidado em saúde. Ela é elemento fundamental para a realização de uma atenção à saúde seguindo os princípios organizacionais instituídos legalmente pelo SUS, como a integralidade (PEREIRA et al., 2021). A comunicação permite às pessoas gerarem e compartilharem informações que lhes proporcionem maneiras de pensar e agir rumo à cooperação e organização de suas rotinas. Ela modela a forma e a economia interna das organizações e deveria ocupar um ponto central, pois a estrutura, a amplitude e o escopo da organização são quase inteiramente determinados pelas técnicas de comunicação (ANDRADE; AMBONI, 2010).

### ***Categoria 3: Fluxos entre as redes de atenção à Saúde***

No Brasil, o SUS foi concebido e é organizado por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços e ações, que tem por objetivo garantir a saúde como um direito constitucional (TOFANI et al., 2021). A partir de 2010 o modelo de organização do SUS passou a ter como principal referência as Redes de Atenção à Saúde (RAS), modelo fundamentado nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2008).

As principais justificativas para a implantação das RAS são a necessidade de organização de sistemas para dar respostas à tríplice carga de doenças – infectocontagiosas, crônicas e causas externas – e a obtenção de melhores resultados econômicos, epidemiológicos e de integralidade do cuidado em saúde (MENDES, 2011).

A normativa legal que instituiu as Redes de Atenção à Saúde no Brasil propôs um modelo poliárquico de sistema constituído por diferentes pontos de atenção à saúde e pelas ligações que os comunicam, com o objetivo de se obter melhores resultados epidemiológicos e de integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2010).

No âmbito da saúde prisional, quando se trata das pessoas privadas de liberdade, mantém-se a lógica das RAS, mas com foco em um público mais específico: a população privada de liberdade. A atenção a essas pessoas exige um trabalho em rede baseado na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, devem negociar e partilhar recursos de acordo com os interesses e as necessidades da população (SCHMITT et al, 2014).

*Acredito que os principais desafios para a implementação da PNAISP é a articulação com as redes temáticas da assistência (rede atenção psicossocial, rede de cuidados a pessoas com deficiência, rede de atenção à pessoa idosa) e a articulação com as políticas transversais de cuidado em saúde (ex: política de humanização). (Fala 14)*

*[...] os principais entraves é a falta de conhecimento do objetivo e ações propostas para população privada de liberdade por parte das instituições que são parceiras na execução do PNAISP referente ao papel de cada um , responsabilidades e articulações nas tomadas de decisões com objetivo de executar com as ações , por parte de alguns profissionais com relação ao perfil para a execução do trabalho e instituições de saúde da rede que não compreende como é a rotina do trabalho em saúde nas unidades prisionais dificultando o acesso aos serviços em saúde. (Fala 15)*

*[...] Contudo, também percebo um distanciamento de suporte pela secretaria de saúde que não oferece recursos adequados em rede para atendimento dos apenados e nem investe em formação das equipes de saúde. (Fala 16)*

*Eu considero que além dos muitos desafios como falta de recursos, interesse do gestor, questões partidárias entre outros, é a falta de conhecimento dos profissionais em relação as redes de atenção à saúde, é muito comum ver os serviços de saúde se abstendo da sua responsabilidade e jogando responsabilidades para outros serviços, o que demonstra falta de comprometimento e principalmente conhecimento, precisamos garantir a dignidade desta população. (Fala 17)*

As falas acima evidenciam que há baixa articulação entre os serviços de atenção primária existentes nas prisões e os demais que compõem a Rede de Atenção à Saúde, demonstrando a fragmentação e a desconexão entre as unidades de saúde prisionais e os dispositivos intersetoriais – fundamentais para uma atenção integral à população privada de liberdade e cumprimento das normativas estabelecidas pela legislação do SUS. A assistência à saúde da população privada de liberdade deve apresentar a integralidade, a intersetorialidade, a descentralização, a hierarquização e a humanização como eixos estruturantes, com o propósito de garantir o acesso das PPL no sistema prisional ao cuidado integral (BRASIL, 2014). Infere-se, dessa maneira, que envolver adequadamente os apenados na rede assistencial contribui para a saúde do indivíduo e da coletividade (SIDIBE, et al., 2015).

*[...] o principal entrave para implementação da PNAISP é a assunção pelo Gestor Municipal de Saúde do gerenciamento da Saúde no Sistema Prisional e das Equipes de Saúde Prisional. A grande maioria tem dificuldade de reconhecer as PPL como seus munícipes e, quando disponibilizam a Rede de Atenção à Saúde (RAS) municipal, é com muita dificuldade. (Fala 18)*

Evidencia-se, portanto, dificuldade em gerir a garantia do acesso à rede de atenção no âmbito da saúde prisional pois os dispositivos de integração não seriam suficientes para assegurar um sistema de referência em pleno funcionamento. Isso leva a inferir que a EABP tem uma média integração com os serviços da RAS municipal, supondo a necessidade de investimentos para reconhecer as especificidades desse serviço na rede de atenção.

A EABP deve desempenhar suas funções junto as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) em unidades de saúde alocadas em instituições prisionais, onde realizam as práticas assistenciais e ordenam a continuidade dos cuidados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). A inserção da EABP nos presídios brasileiros ocorreu, primariamente, com a publicação do Plano Nacional de Saúde Penitenciária (PNSSP), em 2003 (BRASIL, 2003).

Atualmente, essas equipes de saúde são regulamentadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que se trata de uma política de estado que une dois ministérios: saúde e justiça. A política objetiva garantir o acesso das PPL no sistema prisional ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS) e para tanto, apresenta a integralidade, a intersetorialidade, a descentralização, a hierarquização e a humanização como diretrizes gerais (BRASIL, 2014).

A EABP deve desenvolver ações transversais, intersetoriais e universais com o objetivo de garantir o acesso e o acolhimento entre o plural contingente de PPL, devendo ser considerado como um instrumento de implementação e de universalização do SUS (BRASIL, 2014).

*[...] Com isso as Equipes de Saúde no sistema Prisional não cumprem com a função de realizar a atenção básica nas instituições prisionais e não fazem parte da atenção básica municipal efetivamente porque o diálogo entre elas não existe com eficiência e resolubilidade, por falta de acesso aos sistemas de informação, de acesso à educação permanente, de acesso regulado às redes de atenção. (Fala 19)*

O deficiente acesso a rede representa uma significativa e complexa dificuldade entre os apenados, pois prejudica a resolutividade dos problemas de saúde que emergem da população encarcerada e, ainda, desacredita o valor das ações de saúde em relação a PPL (TOPP et al., 2016).

*A unidade prisional não consegue garantir a assistência à saúde através das consultas agendadas extra muros devido uma infinidades de problemas relacionadas a logística para o encaminhamento do preso para o destino destas consultas agendadas. As equipes de profissionais de saúde são pequenas frente aos programas de saúde a ser trabalhados. Imunizar, cuidar e promover saúde dentro do sistema prisional vem se tornando uma tarefa árdua e com sensação de enxugar gelo o tempo todo porque o tempo todo o*

*interesse é a medicalização o que foge totalmente da lógica e filosofia do trabalho das equipes de saúde. (Fala 20)*

Nesse sentido, a maioria das ações previstas se aproxima da proposta das políticas públicas de saúde, em especial, da Política de Atenção Básica, que se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2010).

Para que se concretize a organização de ações e serviços de saúde nas prisões, torna-se imprescindível a corresponsabilização das instâncias da segurança pública, pois são nesses contextos que vão ser ditados possíveis processos de trabalho, modos de compreender a saúde e formas de lidar com os fluxos internos e externos de acesso às diversas redes de serviços públicos (JESUS; SCARPARO; LERMEN, 2014).

Em contraponto, os relatos evidenciaram as fragilidades quanto à efetivação da intersetorialidade, necessárias não só no âmbito do SUS, mas também entre os dispositivos de saúde, segurança, assistência social, dentre outros (BARROS et al, 2020). Assim, estabelecer processos de comunicação com os distintos gestores desses dispositivos viabiliza a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde e favorece a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo por meio do desenvolvimento de ações transversais e integrais (BRASIL, 2014).

Do mesmo modo, a integralidade da atenção visa garantir o acesso do indivíduo ou do grupo de indivíduos a um conjunto articulado de ações preventivas e curativas que abrangem cada caso, em cada nível de complexidade do sistema, de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Acrescente-se que as falhas nas ações de promoção à saúde corroboram o adoecimento das PPL e, por sua vez, aumentam as demandas de serviços de média e alta complexidade.

## REFERÊNCIAS

AGRELI, H. et al. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 6, n. 18, p. 1677-1682, 2013.

ANDRADE, R. O. B.; AMBONI, N. Comunicação. In: ANDRADE, R. O. B.; AMBONI,

N. **Estratégias de Gestão: processos e funções do administrador.** Rio de Janeiro: Elsevier, p. 171-196, 2010.

BARBOSA, M. L. et al. Equipe de saúde penitenciária: a realidade do processo de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 12, p. 4397-4405, 2022.

BARCINSKI, M.; CONICO, S. D. Os efeitos (in)visibilizadores do cárcere: as contradições do sistema prisional. **Revista Psicologia**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 63-70, 2014.

BARDACH, S. H. et al. Perspectives of healthcare practitioners: an exploration of interprofessional communication using electronic medical records. **Journal Of Interprofessional Care**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 300-306, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, J. O. et al. Intersetorialidade em saúde e trabalho no contexto atual brasileiro: utopia da realidade? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, p. 1-14, 2020.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 884-899, 2011.

BATISTA, R. E. A.; PEDUZZI, M. Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1685-1695, 2018.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 1-20, 2018.

BRASIL. **Legislação da saúde no sistema penitenciário.** Brasília: Ministério de Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** Brasília, 2003a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_penitenciario\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf). Acesso em: 01 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.

BRASIL. **Nota Técnica nº 17/2019: Atuação dos profissionais de saúde no Sistema Prisional.** Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Brasília, 2019.

BRITO, L. J. Z. *et al.* Training in service: perception of health workers in assistance in federal prison units. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-7, jan. 2020.

CAVENAGHI, S. **Mulheres chefes de família no Brasil : avanços e desafios** / Suzana Cavenaghi; José Eustáquio Diniz Alves. Rio de Janeiro, 120 p., 2018.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2008.

CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 370, n. 10, p. 950-957, 2014.

EISENMANN *et al.*, Interprofessional Emergency Training Leads to Changes in the Workplace. **Western Journal Of Emergency Medicine**, [S.L.], p. 185-192, 2018.

FARIA, *et al.* **Processo de trabalho em Saúde**. 2a ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 68p, 2009.

FREIRE Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 58a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

JESUS, L. O.; SCARPARO, H. B. K.; LERMEN, H. S. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. **Aletheia**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 39-52, 2014.

LAVINAS, L. **Empregabilidade no Brasil: Inflexões de gênero e diferenciais femininos**. 2001. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2064/1/TD\\_826.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2064/1/TD_826.pdf)

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p.: il, 2011.

MINAYO, M. C. S.(org.); GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MIRANDA, A. E.; RANGEL, C.; MOURA, R. C. **Questões sobre a população prisional no Brasil: Saúde, Justiça e Direitos Humanos**. UFES, Proex., v. 2, n. 1, pp. 1-192, Vitória – ES, 2016.

MORETTI-PIRES, R. O. *et al.* **Gestão do processo de trabalho em saúde no estabelecimento penal** [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Rodrigo Otávio Moretti Pires ... [et al] — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 43 p., 2014.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, 20(3):636-40, 2015.

OLIVEIRA, E. A.; BENTO, M. F. A comunicação e sua relação com a competência, o profissional de secretariado e a organização. **Revista Processando Saber**, 8(1): 64-80, São Paulo, 2016.

OPAS (Organización Panamericana de la Salud). **La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud** (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Nº 2). Washington, DC: OPS, 71 p, 2008.

PEREIRA, et al. A comunicação interprofissional como uma importante ferramenta do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 10, p. 1-13, 2021.

SANCHEZ ROIG, M; COLL-CAMARA, A. Prison nursing and its training. **Rev Esp Sanid Penit**; 18(3):110-118, 2016.

SCHMITT, H. B. B. et al (Orgs.). **Atenção à saúde das pessoas privadas de Liberdade: políticas públicas e atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SCHULTZ, A. L. V. et al. A precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2022.

SIDIBE, T. et al. Provider Perspectives Regarding the Health Care Needs of a Key Population: hiv-infected prisoners after incarceration. **Journal Of The Association Of Nurses In Aids Care**, [S.L.], v. 26, n. 5, p. 556-569, 2015.

SOUSA, L. C. M. et al. A vigilância em saúde sob a perspectiva de seus trabalhadores. **Avances En Enfermería**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 11-23, 24. 2021

SZABO, S. et al. Health workforce demography: a framework to improve understanding of the health workforce and support achievement of the sustainable development goals. **Human Resources For Health**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-10, 2020.

TOFANI, L. F. N. et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 10, p. 4769-4782, 2021.

TOPP, S. M. et al. Exploring the drivers of health and healthcare access in Zambian prisons: a health systems approach. **Health Policy And Planning**, [S.L.], v. 31, n. 9, p. 1250-1261, 2016.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como principal objetivo entender os principais desafios e lacuna no processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam dentro do sistema prisional brasileiro para a implementação efetiva da PNAISP. Os achados da presente pesquisa indicam que a assistência à saúde no ambiente estudado possui características diferentes da habitual rotina de cuidados frequentemente estudadas e encontradas no SUS, e, sendo assim, as necessidades

laborais dos profissionais são diferentes das encontradas, por exemplo, em hospitais e unidades básicas de saúde.

Emergiram desta pesquisa o déficit em conhecimentos da própria política (PNAISP) e de como atuar com as pessoas privadas de liberdade, as dificuldades e falhas no processo de comunicação interprofissionais dentro do sistema prisional e os entraves encontrados na articulação entre as redes de atenção à saúde com as unidades prisionais e seus profissionais.

O déficit em conhecimento, ou o próprio desconhecimento é uma das grandes lacunas encontradas no processo de trabalho destes profissionais já que os egressos dos cursos em saúde, geralmente, não possuem formação básica para adentrar ao sistema prisional e não conhecem a fundo a PNAISP, que será norteadora no seu processo de trabalho. Além disso, há também a ausência de educação continuada/permanente, já que estes profissionais não recebem capacitação introdutória para adentrar no ambiente de saúde prisional.

O processo de comunicação no processo de trabalho também foi um fator importante na pesquisa, visto que é imprescindível que a comunicação seja efetiva e os objetivos esperados em cada profissional sejam alcançados. A pesquisa evidenciou falhas na comunicação interprofissional dos profissionais de saúde entre eles mesmos e deles com a administração prisional (gestores e profissionais da segurança pública). Essas lacunas encontradas têm como consequências tanto o distanciamento do conceito de atenção multiprofissional a saúde quanto a diminuição da qualidade da atenção à saúde prestada no serviço.

Pode-se concluir que há baixa articulação entre os serviços que compõe a RAS com as unidades de saúde prisionais, unidades estas que são regulamentadas pela PNAISP e, por fazer parte do SUS, inclui também em suas diretrizes garantir o acesso integral à saúde, visando a intersetorialidade, descentralização, hierarquização e a humanização.

Há fragilidades na efetivação das intersetorialidades principalmente no processo de comunicação com os gestores e com pontos que compõe a RAS, tornando deficiente o acesso das PPL à saúde e as ações de promoção à saúde, aumentando o adoecimento das pessoas privadas de liberdade e, conseqüentemente, aumentando as demandas dos serviços de média e alta complexidade, que necessitam de atendimento extramuros, ou seja, em pontos da RAS fora das unidades prisionais.

O ambiente de uma instituição do sistema prisional tem características e dinâmicas de funcionamento próprias, peculiares, que precisam ser reconhecidas, consideradas e respeitadas. Os dados encontrados no presente estudo podem fornecer subsídios importantes para que os órgãos gestores adeptos da PNAISP possam fortalecer a implementação da referida política no Estado, ajudando a organizar e qualificar o processo de trabalho das suas equipes de Saúde

Prisional.

Ampliar a discussão sobre o tema pode reduzir a invisibilidade da população privada de liberdade e dos profissionais de saúde que atuam no sistema prisional nacional. Entre os possíveis caminhos destaca-se a incorporação do tema nos cursos de formação na área de saúde e o desenvolvimento de estágios curriculares no interior dos presídios, permitindo assim, o desenvolvimento de competências significativas para egressos da área da saúde com interesse em atuar no contexto prisional.

A falta de mais estudos e pesquisas a respeito do tema torna complexa a produção de algum estudo qualitativo sobre o assunto. A necessidade de um levantamento de dados específico para o tema torna o assunto, que é de extrema importância para políticas públicas de segurança e saúde, muito pouco explorado na literatura quando se trata do processo de trabalho neste ambiente. A pesquisa em base de dados internacionais se torna pouco viável quando se fala na política estudada visto que esta é uma política de saúde brasileira.

A forma como a metodologia foi conduzida ao longo desse percurso de pesquisa proporcionou conhecimento da realidade desses profissionais a partir de diferentes perspectivas que, possivelmente, um único instrumento de coleta de dados não teria a possibilidade de aproximação com a temática de forma a contemplar diferentes contextos que abrangem esse cenário peculiar.

Este estudo apresenta como principal limitação a análise de dados dos quais não foram desenvolvidos para a pesquisa em si e sim para um curso EaD, sendo que as falas analisadas não puderam então ser identificadas por profissional.

É importante trazer nestas considerações finais que a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, de acordo com os artigos 10 e 11 da Seção I do Capítulo II da Lei de Execução Penal brasileira (Lei 7.210/84), sendo essa assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa. Percebe-se então a necessidade de continuação de pesquisas nessa temática, de modo a ampliar os conhecimentos produzidos para análise e implementação da PNAISP.

## 6 REFERÊNCIAS

AGRELI, H. et al. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

ALMEIDA, A. et al. Pandemia da Covid-19 como potencializadora do estresse no processo de trabalho em saúde no sistema prisional. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v. 2, n. 11902, p. 1-15, 2021.

ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 6, n. 18, p. 1677-1682, 2013.

ANDRADE, R. O. B.; AMBONI, N. Comunicação. In: ANDRADE, R. O. B.; AMBONI, N. **Estratégias de Gestão: processos e funções do administrador**. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 171-196, 2010.

BARBOSA, M. L. et al. Equipe de saúde penitenciária: a realidade do processo de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 12, p. 4397-4405, 2022.

BARBOSA, M. L. et al. Produção científica sobre saúde penitenciária na enfermagem brasileira. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 9, p. 1-15, 2019

BARBOSA, et al. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 1293-1302, abr. 2018.

BARCINSKI, M.; CONICO, S. D. Os efeitos (in)visibilizadores do cárcere: as contradições do sistema prisional. **Revista Psicologia**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 63-70, 2014.

BARDACH, S. H. et al. Perspectives of healthcare practitioners: an exploration of interprofessional communication using electronic medical records. **Journal Of Interprofessional Care**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 300-306, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, J. O. et al. Intersetorialidade em saúde e trabalho no contexto atual brasileiro: utopia da realidade? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, p. 1-14, 2020.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 884-899, 2011.

BATISTA, R. E. A.; PEDUZZI, M. Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1685-1695, 2018.

BESSIL, M. H.; MERLO, A. R. C. A Prática Docente de Educação de Jovens e Adultos no Sistema Prisional. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 286-293, 2017.

BONATO, P. P. Q. **Mecanismos de compensação em saúde prisional: do excesso e do desvio de execução**. 2017. 157 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

BRASIL. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **SISDEPEN - Dados Estatísticos do Sistema Penitenciário**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 01 fev. 2023

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Legislação da saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério de Saúde, 2010.

BRASIL. **Lei nº 7.210**. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, 13 set 1984.

BRASIL. **Lei nº 8.080**. 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, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN - dezembro de 2019**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício nº 1867/2021**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 23 de abril de 2021. Assunto: Requerimento de Informação nº 285/2021 - Esclarecimentos sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, 2003a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_penitenciario\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf). Acesso em: 01 maio 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014a**. 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 União nº 2, de 3 de jan 2014. Seção 1, pág. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 287 de 27 de janeiro de 2017**. Habilita Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.

BRASIL. **Nota Técnica nº 17/2019: Atuação dos profissionais de saúde no Sistema Prisional**. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Brasília, 2019.

BRASIL. **Sistema Prisional em Números**. 2021. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/relatoriosbi/sistema-prisional-em-numeros>. Acesso em: 20 maio 2022.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 1-20, 2018.

BRAGHETTO, G. T. et al. Dificuldades e facilidades do enfermeiro da Saúde da Família no processo de trabalho. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 420-426, 2019.

BRITO, L. J. Z. *et al.* Training in service: perception of health workers in assistance in federal prison units. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-7, jan. 2020.

CARDOSO, M. C. V. As assistências previstas na Lei de Execução Penal: uma tentativa de inclusão social do apenado. **Ser Social Brasília**, v. 11, n. 23, p. 106-128, 2009.

CASTRO, V. D.; SÁNCHEZ, A.; LAROUZÉ, B. Para uma abordagem comunitária da saúde penitenciária. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 111-112, 2014.

CASTRO, V. D. **Saúde nas prisões: um estudo da implementação do programa de controle da tuberculose em uma unidade do sistema penitenciário**. 2011. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

CAVENAGHI, S. **Mulheres chefes de família no Brasil : avanços e desafios** / Suzana Cavenaghi; José Eustáquio Diniz Alves. Rio de Janeiro, 120 p., 2018.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Situação dos direitos humanos no Brasil**. Brasília, DF: CIDH/OEA, 2021. Disponível em: <http://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/Brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2023.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2008.

COELHO, et al. Apresentação do Curso. **Curso Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade** [recurso eletrônico]. UNASUS – UFSC. 2. ed. - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

CONTI, A. A. Historical evolution of the concept of health in Western medicine. **Acta Bio Medica Atenei Parmensis**, [S.L.], v. 89, n. 3, p. 352-354, 8 out. 2018.

CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 370, n. 10, p. 950-957, 2014.

DIUANA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 24, p. 1887-1896, 2008.

DOURADO, J. L. G. **Saúde no Sistema Prisional: Um estudo sob a ótica dos homens presos**. 2018. 129 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2018.

EISENMANN et al., Interprofessional Emergency Training Leads to Changes in the Workplace. **Western Journal Of Emergency Medicine**, [S.L.], p. 185-192, 2018.

FARIA, et al. **Processo de trabalho em Saúde**. 2a ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 68p, 2009.

FERRAZ, E. **A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional: uma experiência em Serviço Social na Perspectiva da Reintegração Social**. 2015. 100 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

FIGUEIREDO, R. Q. **Sobre políticas de salvaguardas sociais em interfaces com o sistema de justiça criminal: interpretando diretrizes para cuidados em saúde de pessoas que vivem e convivem em unidades de custódia**. 2017. 259 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

FILHO, M. M. S.; BUENO, P. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 7, p. 1999-2010, 2016.

FREITAS, C. R. **Em busca do fora: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no sistema prisional (PNAISP)**. 2017. 305 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

FREITAS, R. S. et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação. **Revista de Políticas Públicas**, Maranhão, v. 20, n. 1, p. 1-2, 2016.

FREIRE Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 58a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

JESUS, L. O.; SCARPARO, H. B. K.; LERMEN, H. S. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. **Aletheia**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 39-52, 2014.

KOLLING, G. J.; DELGADO, J. Direito à Saúde, Assistência Médico-Hospitalar e Mercado. Rdp, Brasília, v. 17, n. 93, p. 134-158, 2020.

LACERDA, J. T.; MORETTI-PIRES, R. O.. **Processo de trabalho na atenção básica [recurso eletrônico]** / Universidade Federal de Santa Catarina. 2. ed. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

LAVINAS, L. **Empregabilidade no Brasil: Inflexões de gênero e diferenciais femininos.** 2001. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2064/1/TD\\_826.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2064/1/TD_826.pdf)

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

MACHADO, N. O.; GUIMARÃES, I. S. A Realidade do Sistema Prisional Brasileiro e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Eletrônica de Iniciação Científica.** Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI. v. 5, n.1, p. 566-581, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p.: il, 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 74-111

MINAYO, M. C. S.(org.); GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 7, p. 2031-2040, 2016.

MIRANDA, A. E.; RANGEL, C.; MOURA, R. C. **Questões sobre a população prisional no Brasil: Saúde, Justiça e Direitos Humanos.** UFES, Proex., v. 2, n. 1, pp. 1-192, Vitória – ES, 2016.

MORETTI-PIRES, R. O. et al. **Gestão do processo de trabalho em saúde no estabelecimento penal** [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Rodrigo Otávio Moretti Pires ... [et al] — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 43 p., 2014.

MOTA, I. **Saúde na prisão: discursos e práticas de homens privados de liberdade sobre a produção de cuidado à saúde ofertada em uma instituição penal do estado da Bahia.** 2017. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, 20(3):636-40, 2015.

OLIVEIRA, E. A.; BENTO, M. F. A comunicação e sua relação com a competência, o profissional de secretariado e a organização. **Revista Processando Saber**, 8(1): 64-80, São Paulo, 2016.

OLIVEIRA, et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichan**. Vol.11, n.1, pp.48-65, 2011.

OPAS (Organización Panamericana de la Salud). **La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud** (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Nº 2). Washington, DC: OPS, 71 p, 2008.

OMS. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários Alma-Ata, então RSS do Cazaquistão**, URSS, 12 de setembro de 1978). Disponível em <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso em 03/06/2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Commission on Social Determinants of Health - what, why and how?** 2011. Disponível em: [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/about\\_csdh/en/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/en/). Acesso em: 03 ago. 2020.

PADILHA, W. S.; BARSAGLINI, R. A. Saúde como direito: aparatos legais e estrutura da atenção no Sistema Prisional de Mato Grosso. **Revista Direitos, Trabalho e Política Social**, Cuiabá, v. 4, n. 7, p. 96-121, 2018.

PAIM, J. S.; FILHO, N. A. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev Saúde Pública**, 32 (4). 1988.

PEDUZZI. M., SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em Saúde**. Diário da educação profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 25/02/23.

PEREIRA, et al. A comunicação interprofissional como uma importante ferramenta do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 10, p. 1-13, 2021.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R; A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 336 p, 2006.

PINHEIRO, R. Em defesa da vida: modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 123-166, 2001.

SAMPAIO, B. B. L. et al. Competências para promoção da saúde na formação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1-14, 2021.

SANCHEZ ROIG, M; COLL-CAMARA, A. Prison nursing and its training. **Rev Esp Sanid Penit**; 18(3):110-118, 2016.

SANTOS, G. et al. Processo de trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Pesquisa**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 231-245, 2021.

SCHULTZ, A. L. V. et al. A precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2022.

SCHMITT, H. B. B. et al (Orgs.). **Atenção à saúde das pessoas privadas de Liberdade: políticas públicas e atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SIMAS, L. et al. Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 39-55, 2021.

SIDIBE, T. et al. Provider Perspectives Regarding the Health Care Needs of a Key Population: hiv-infected prisoners after incarceration. **Journal Of The Association Of Nurses In Aids Care**, [S.L.], v. 26, n. 5, p. 556-569, 2015.

SILVA, I. M. **Saúde no Cárcere na perspectiva do agente penitenciário de Santarém - Pará**. 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

SOUSA, L. C. M. et al. A vigilância em saúde sob a perspectiva de seus trabalhadores. **Avances En Enfermería**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 11-23, 24. 2021

SOUZA, A. P. et al. Estratégia Saúde da Família e a Integralidade do cuidado: percepção dos profissionais. **Rev Baiana Enferm**, Salvador, v. 34, n. 34935, p. 1-10, 2020.

SZABO, S. et al. Health workforce demography: a framework to improve understanding of the health workforce and support achievement of the sustainable development goals. **Human Resources For Health**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-10, 2020.

TAVARES, M. F. L. et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 1799-1808, 2016.

TOFANI, L. F. N. et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 10, p. 4769-4782, 2021.

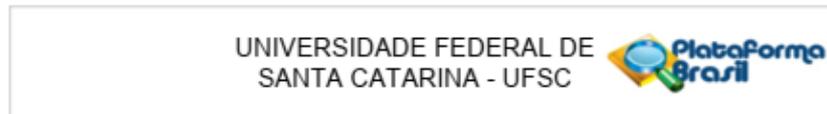
TOPP, S. M. et al. Exploring the drivers of health and healthcare access in Zambian prisons: a health systems approach. **Health Policy And Planning**, [S.L.], v. 31, n. 9, p. 1250-1261, 2016.

VASCONCELOS, A. C. C. G. et al. Atenção à saúde de indivíduos privados de liberdade no sistema prisional brasileiro: uma revisão integrativa. **Revista Ciências em Saúde**, [S.L.], v. 9, n. 4, p. 28-36, 2019.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. (IN) Tratado de Saúde Coletiva. Ed FIOCRUZ. 2012.

## ANEXOS

### 7.1 ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação dos estudantes do Curso de Atenção à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade

**Pesquisador:** Elza Berger Salema Coelho

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 21957519.4.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.825.682

##### Apresentação do Projeto:

Pesquisa proposta pela Profa. Dra. Elza Berger Salema Coelho, do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Trata-se de um estudo qualitativo que visa a avaliar o processo de ensino-aprendizagem de estudantes do Curso a Distância em "Atenção à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade", desenvolvido na plataforma Moodle e destinado a profissionais de saúde que prestam assistência às pessoas privadas de liberdade.

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar o processo ensino-aprendizagem de estudantes do curso de Atenção às pessoas privadas de liberdade.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

##### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os itens obrigatórios foram anexados.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.825.682

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pesquisadoras anexaram o termo de anuência da Instituição (a UFSC) autorizando a coleta de dados. Desse modo, todas as pendências foram adequadamente resolvidas. Encaminha-se parecer favorável à aprovação da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1427250.pdf	29/11/2019 14:26:41		Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	29/11/2019 14:28:06	Elza Berger Salema Coelho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaautorizaopesquisa.pdf	29/11/2019 14:25:18	Elza Berger Salema Coelho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	autorizacao_de_pesquisa.pdf	11/11/2019 14:38:48	Elza Berger Salema Coelho	Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencias.pdf	11/11/2019 14:38:19	Elza Berger Salema Coelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	11/11/2019 14:37:11	Elza Berger Salema Coelho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/09/2019 15:49:22	Elza Berger Salema Coelho	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/09/2019 16:54:26	Elza Berger Salema Coelho	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	10/09/2019 16:53:48	Elza Berger Salema Coelho	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br