

---

ATENÇÃO À SAÚDE  
DAS PESSOAS  
PRIVADAS DE LIBERDADE

---

Políticas Públicas e Atenção à  
Saúde das Pessoas Privadas  
de Liberdade

Helen Bruggemann Bunn Schmitt  
Carolina Carvalho Bolsoni  
Thays Berger Conceição  
Walter Ferreira de Oliveira

#### **GOVERNO FEDERAL**

Presidente da República  
Ministro da Saúde  
Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)  
Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

#### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Reitora: Roselane Neckel  
Vice-Reitora: Lúcia Helena Pacheco  
Pró-Reitora de Pós-graduação: Joana Maria Pedro  
Pró-Reitor de Pesquisa: Jamil Assereuy Filho  
Pró-Reitor de Extensão: Edison da Rosa

#### **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Diretor: Sergio Fernando Torres de Freitas  
Vice-Diretor: Isabela de Carlos Back Giuliano

#### **DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

Chefe do Departamento: Antônio Fernando Boing  
Subchefe do Departamento: Fabrício Augusto Menegon  
Coordenadora do Curso de Capacitação: Elza Berger Salema Coelho

#### **EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Marden Marques Soares Filho  
Francisco Job Neto

#### **GESTORA GERAL DO PROJETO**

Elza Berger Salema Coelho

#### **EQUIPE EXECUTIVA**

Carolina Carvalho Bolsoni  
Thays Berger Conceição  
Rosangela Leonor Goulart  
Sheila Rubia Lindner  
Olivia Zomer Santos  
Gisélida Vieira

#### **ASSESSORIA PEDAGÓGICA**

Márcia Regina Luz

#### **AUTORIA DO MÓDULO**

Helen Bruggemann Bunn Schmitt  
Carolina Carvalho Bolsoni  
Thays Berger Conceição  
Walter Ferreira de Oliveira

#### **REVISÃO DE CONTEÚDO**

Igor de Oliveira Claber Siqueira  
Francisco Job Neto

#### **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MÍDIAS**

Coordenação Técnica: Marcelo Capillé  
Design Instrucional: Adriano Sachweh  
Design Gráfico, Identidade Visual: Pedro Paulo Delpino  
Projeto Gráfico, Diagramação, Ilustração: Laura Martins Rodrigues  
Revisão de Revisão de Língua Portuguesa: Adriano Sachweh  
Revisão de ABNT: Rosiane Maria

© 2014 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação desde que seja citada a fonte. ISBN – 978-85-8267-042-2  
Edição, distribuição e informações:  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus Universitário, 88040-900, Trindade  
Florianópolis – SC.



---

ATENÇÃO À SAÚDE  
DAS PESSOAS  
PRIVADAS DE LIBERDADE

---

Políticas Públicas e Atenção à  
Saúde das Pessoas Privadas  
de Liberdade

Catálogo elaborado na Fonte

U588p Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Valorização da Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade – Modalidade a Distância.

Políticas públicas e atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Helen Bruggemann Buhn Schmitt ... [et al] — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

63 p.

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo do módulo: Evolução do sistema prisional no Brasil. – Princípios, diretrizes e leis orgânicas do Sistema Único de Saúde. – Redes de atenção à saúde

**ISBN: 978-85-8267-042-2**

1. Saúde mental. 2. Prevenção primária. 3. Prisioneiros. I. UFSC. II. Bolsoni, Carolina Carvalho. III. Conceição, Thays Berger. IV. Oliveira, Walter Ferreira de. V. Título.

CDU: 616.89

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária responsável:

Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

# Sumário

Carta do autor .....	5
Objetivo do módulo .....	6

<b>Unidade 1</b>   Evolução do sistema prisional no Brasil .....	7
1.1 Introdução da unidade .....	8
1.2 Direitos humanos .....	9
1.3 Políticas de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional .....	12
1.4 Resumo da unidade .....	25

<b>Unidade 2</b>   Princípios, diretrizes e leis orgânicas do Sistema Único de Saúde .....	26
2.1 Introdução da unidade .....	27
2.2 Construção do Sistema Único de Saúde no Brasil .....	27
2.3 Resumo da unidade .....	41
2.4 Recomendação de leituras complementares .....	41

<b>Unidade 3</b>   Redes de atenção à saúde .....	42
3.1 Introdução da unidade .....	43
3.2 O que é uma rede de atenção à saúde? .....	43
3.3 O papel das equipes de atenção básica nas redes de atenção à saúde .....	49
3.4 Resumo da unidade .....	55
Encerramento do módulo .....	56
Referências .....	58
Minicurriculo dos autores .....	62

## Carta do autor

Caro aluno,

Este curso, planejado para refletir sobre uma peculiar interface do SUS, problematiza a acessibilidade e a qualidade da atenção à saúde para os cidadãos que se encontram privados de liberdade no sistema prisional do Brasil.

Os indivíduos privados de liberdade, ao aguardarem sentença como presos preventivos ou cumprindo suas penas, têm somente sua liberdade cerceada, ficando sob a custódia do Estado.

No caso das pessoas que encontram-se cerceadas do direito de ir e vir por estarem sob a custódia do Estado, a titularidade de obrigações pela geração e manutenção da saúde passa a ser de responsabilidade do Estado, assim como, pela garantia de acesso a todos os outros direitos lhes são reservados (educação, trabalho, bem-estar, inclusão social).

Mesmo sem oportunidade de acesso a essa gama de direitos garantidos constitucionalmente à comunidade prisional, infelizmente, existe, de maneira generalizada, um questionamento social acerca de tais direitos.

Não há dúvida de que essas pessoas precisam ser responsabilizadas por terem descumprido a lei. Porém, o Estado também tem de cumprir a Constituição e garantir, nas prisões, a universalização da saúde e dos direitos fundamentais.

A nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional tem como desafio a concretização do SUS constitucional no contexto do cárcere, incluindo com equidade e qualidade essa grande população nas redes do SUS.

Conhecer a legislação pertinente ao assunto, compreender suas implicações e aplicá-las no cotidiano, na realidade dos territórios, são os grandes desafios deste curso.

Convidamos você a percorrer esse caminho conosco, refletindo sobre sua prática e transformando-a.

*Helen Bruggemann Bunn Schmitt  
Carolina Carvalho Bolsoni  
Thays Berger Conceição  
Walter Ferreira de Oliveira*

## Objetivo do módulo

Este módulo tem como objetivo refletir sobre a extensão efetiva da cobertura do SUS às populações prisionais mediante a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Para tanto, toma como base a história e a trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil, abordando os desafios que se apresentam para os profissionais das diversas áreas e as possibilidades de superação.

Carga horária de estudo recomendada  
para este módulo: 30 horas



# Unidade 1

Evolução do sistema  
prisional no Brasil

## 1.1 Introdução da unidade

Para conversarmos sobre sistema prisional, precisamos buscar o olhar de várias disciplinas. Dentre elas, estão a Filosofia, a Sociologia e a Antropologia. Além disso, devemos fazer uma reflexão histórica sobre esse sistema no mundo e no Brasil (ALVAREZ, SALLA, DIAS, 2013).

Os estudos da dinâmica prisional “quase sempre estiveram associados à própria discussão pública acerca do papel da prisão como instituição” (ALVAREZ, SALLA, DIAS, 2013, p. 63).

Olhando um pouco para a história contemporânea, desde os anos de 1950 estudos das ciências sociais demonstravam instabilidades internas das instituições prisionais estadunidenses, que pretendiam impor controle total sobre a população prisional, mas não conseguiam.

Na França e na Inglaterra também se buscou entender – e denunciar – os sistemas carcerários existentes. Nesses países, os estudos sugeriram que a ressocialização é extremamente difícil quando não se propiciam ambientes reais de vida e de “pertencimento”. Isso provocou a reflexão da sociedade sobre a situação dos cárceres e levou a intensos debates públicos.

Esses países melhoraram a qualidade de vida dentro dos presídios e investiram em estudos que trouxeram à tona os acordos internos, as pactuações entre presos, entre presos e custodiantes, a formação de lideranças, a organização social de presos; enfim, que buscavam explicar as diversas racionalidades que

organizavam as interações sociais no interior das instituições prisionais (ALVAREZ; SALLA; DIAS, 2013).



| Figura 1 – Países que tentaram entender os sistemas carcerários depois dos anos de 1950.

Fonte: adaptado de Fotolia/António Duarte (2014).

Estudos realizados no Brasil mostram achados similares aos internacionais. Nosso contexto se agrava pela pesada herança antidemocrática (escravismo, machismo, repetidas ditaduras, exclusão social crônica) e pela opção do desenho do sistema sob forte influência norte-americana.

Nosso sistema prisional reflete as muitas dicotomias existentes na sociedade: presos especiais e presos comuns; aqueles que pertencem a uma facção e outros que não; os presos que trabalham ou estudam e os presos que não trabalham; a grande massa de privados de liberdade por tráfico de entorpecentes ou



delitos contra o patrimônio (mais de 90%) e os encarcerados por delitos contra a pessoa (8%); os “reeducandos” e os criminosos ditos irrecuperáveis.

Para Ferreira (2011, p. 510), tem-se buscado “ajustar” o apenado para a sua ressocialização nas prisões. Porém, o que se vê é justamente o contrário, uma vez que essas instituições “violam quaisquer condições dignas de sobrevivência, ainda mais quando se somam à privação de liberdade a superlotação, a ociosidade, a não separação dos presos nas celas, maus-tratos, como é característico nas prisões brasileiras...”.

Então, temos outro grave paradoxo: o Estado prende para ensinar o cidadão a respeitar a lei, mas o castiga descumprindo todas as leis e destituindo-o dos direitos de cidadania.

Nesta unidade apresentaremos uma breve linha do tempo das prisões e sua relação com a evolução dos códigos penais, tendo por base a Política de Direitos Humanos.

Construindo uma linha do tempo, conheceremos as propostas legais instituídas, focando na legislação contemporânea e em sua implementação nos territórios.

## 1.2 Direitos humanos

Vários estudos apresentam o desrespeito aos direitos humanos nas instituições prisionais. Na opinião de Frinhaní (2004):

O desrespeito aos direitos humanos, encontrado em muitas instituições penais, evidencia a múltipla penalização imposta aos criminosos. Além da privação da liberdade, são ainda penalizados com castigos corporais, exposição ao uso de drogas e ao contágio a várias enfermidades. Soma-se a isso o descumprimento dos dispositivos legais que regulamentam a privação de liberdade, no que diz respeito ao andamento do processo e também no que toca à questão da superlotação, da possibilidade de trabalho e da educação formal do detento. Essas privações desconstroem o valor da dignidade humana, assim como a possibilidade de reinserção social (FRINHANI, 2004, p. 42).

Diante dessa realidade, como deixar de falar de direitos humanos?

A luta pela garantia dos direitos humanos vem se desenvolvendo desde a Antiguidade, com avanços e retrocessos, dependendo dos locais e dos momentos históricos.

Em 439 a.C., Ciro, O Grande, rei da Pérsia, conquistou a cidade da Babilônia. Suas ações de libertar os escravos, dar direito de escolha de religião e estabelecer a igualdade racial ficaram registradas em um cilindro de barro. O Cilindro de Ciro é reconhecido como a carta pioneira em direitos humanos no mundo (UNIDOS PELOS DIREITOS HUMANOS, 2014).





| Figura 2 – Cilindro de Ciro.  
Fonte: Wikimedia Commons/Prioryman (2014).

Ainda na Antiguidade, a ideia de direitos humanos estendeu-se para Índia, Grécia e Roma.

Posteriormente, outros documentos foram reafirmando os direitos individuais no Ocidente: a Carta Magna de 1215 e a Petição

de Direito em 1628, na Inglaterra; a Constituição Americana de 1787 e a Declaração dos Direitos dos Estados Unidos (1791); na França, destaca-se a Declaração Francesa dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), documento que simboliza a Revolução Francesa em seu espírito de extinguir o Absolutismo e estabelecer uma sociedade igualitária, livre e fraterna.

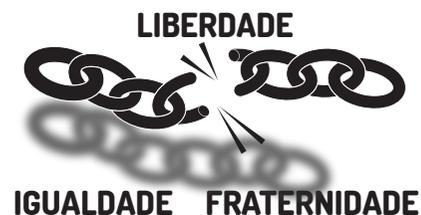
Já a Primeira Convenção de Genebra, em 1864, chamada pelo Conselho Suíço Federal, constituiu-se em um espaço diplomático com o objetivo de estabelecer princípios fundamentais para o tratamento de soldados feridos em combate.

Consideram-se esses documentos como as bases para as políticas atuais de promoção e proteção aos direitos humanos.

No ano de 1945 ocorria o término da Segunda Guerra Mundial, que afligia o mundo desde 1939. À medida que o final se aproximava, cidades por toda a Europa e a Ásia estendiam-se em ruínas e chamas.

Milhões de pessoas estavam mortas, sem lar ou passando fome. As forças russas cercavam o remanescente da resistência alemã na bombardeada capital Berlim.

No Oceano Pacífico, os fuzileiros estadunidenses ainda combatiam firmemente as forças japonesas entrincheiradas em ilhas como Okinawa (UNIDOS PELOS DIREITOS HUMANOS, 2014).



| Figura 3 – “Liberdade, Igualdade, Fraternidade”, lema da Revolução Francesa.  
Fonte: Pedro Paulo Delpino (2014).



Em São Francisco, na Califórnia (EUA), delegados de 50 países – o Brasil entre eles – reuniram-se e formaram um corpo internacional de promoção de paz e prevenção de futuras guerras.

Como preâmbulo da carta de proposta desse corpo internacional, encontra-se o seguinte texto: “Nós, os povos das Nações Unidas, estamos determinados a salvar as gerações futuras do flagelo da guerra, que por duas vezes na nossa vida trouxe incalculável sofrimento à Humanidade” (XAVIER et al, 2007, p. 33).

Em 1948, as Nações Unidas constituíram uma comissão de direitos humanos que elaborou o documento que se transformaria na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

No seu preâmbulo e no Artigo 1.º, a Declaração proclama inequivocamente os direitos inerentes de todos os seres humanos:

O desconhecimento e o desprezo dos direitos humanos conduziram a atos de barbárie que revoltam a consciência da Humanidade, e o advento de um mundo em que os seres humanos sejam livres de falar e de crer, libertos do terror e da miséria, foi proclamado como a mais alta inspiração do Homem... Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos.

Hoje em dia a Declaração é um documento vivo, aceito como um contrato entre um governo e o seu povo, em todo o mundo (UNIDOS PELOS DIREITOS HUMANOS, 2014).



| Figura 4 – Eleanor Roosevelt exhibe cartaz contendo a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Fonte: Estados Unidos (1949).

A permanência de preconceitos profundamente enraizados na sociedade brasileira – em especial o racismo, que eterniza a exclusão social – é discutida permanentemente no âmbito do SUS. Não é possível promover saúde sem a acompanhar de políticas de inclusão social efetiva.

A prisão deveria ser um poderoso dispositivo de inclusão social, mas o que ocorre é totalmente o contrário.



A Declaração Universal dos Direitos Humanos tem como ideia central que

[...] todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos e que as pessoas não devem sofrer discriminações por causa de raça, sexo, religião, classe social ou outras categorias semelhantes. (UNIDOS PELOS DIREITOS HUMANOS, 2014)

Sua implementação no Brasil e em todo o mundo toma como princípio que as políticas de direitos humanos precisam oferecer “um mínimo de garantias referentes à vida, à liberdade e ao convívio social” (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

### 1.3 Políticas de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional

Considerando essas breves características históricas institucionais nacionais e internacionais, iniciamos nossa reflexão acerca do sistema prisional e sua relação com a saúde.

Duas peças legislativas regulam o sistema prisional: o código penal e a lei de execuções penais.

O código penal brasileiro, definido pelo Decreto Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940 e leis posteriores, dispõe sobre a aplicação da lei penal.

Escrito durante a época da ditadura do Estado Novo, esse código teve por base o código penal da Itália fascista, descendente direto do saber forense de Lombroso (século XIX).

O código penal brasileiro tem intrínseca relação com a Lei de Execuções Penais (LEP) nº 7.210 de 11 de julho de 1984, resultado de profundos debates que buscavam a reforma judicial, a qual foi promulgada em 11 de julho de 1984 e admite algumas redações posteriores: “A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” (BRASIL, 2014).



| Figura 5 – Execução penal.  
Fonte: Fotolia/Vladislav Gajic (2014).



Para Marques Jr. (2009), a LEP pode ser entendida com base em três objetivos centrais:

- a garantia de bem-estar do condenado;
- a necessidade de classificação do indivíduo e a individualização da pena;
- a assistência necessária dentro do cárcere – e os deveres de disciplina – durante o cumprimento da pena.

A LEP ressalta ainda a importância das ações de ressocialização ao dispor, em seu artigo 1º, sobre a “harmônica integração social do condenado”. Essa integração é prevista dentro e fora dos muros das prisões, sendo assegurados os direitos aos quais a sentença ou a lei não coloque objeções. Assegura-se também a integridade moral e física, bem como o direito à individualidade do apenado.

Para isto, são legislados espaços para garantir os mais diversos tipos de assistência à pessoa privada de liberdade, tanto material quanto jurídica, religiosa, social e de acesso à saúde (MARQUES JR., 2009, p. 149).

Porém, quem são as pessoas presas em nosso país? Quantas são? Que tipos de crimes cometeram?



O Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPen), disponível para consulta no endereço eletrônico <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMID598A21D892E-444B5943A0AEE5DB94226PTBRIE.htm>>, consiste no Sistema de Informações do Ministério da Justiça para o Sistema Penitenciário do Brasil. Tem como objetivo subsidiar o planejamento de políticas públicas para o setor. Por meio desse sistema, podemos responder parcialmente às perguntas antes formuladas.

Ao analisarmos a série histórica 2003 a 2009, disponível no INFOPen, nos diversos estados brasileiros, encontramos um quadro crescente de pessoas presas, tanto do sexo masculino quanto do feminino. Em 2008 e em 2009, mais de 50% das pessoas presas tinham menos de 29 anos de idade e, no máximo, Ensino Fundamental completo.

Quanto aos principais tipos de crime, no caso do sexo masculino, em 2008 e 2009 o maior número de prisões se deu por roubo, seguido por envolvimento com entorpecentes, homicídios e furtos. No caso das mulheres, há inversão: nos mesmos anos, as causas mais frequentes foram envolvimento com entorpecentes, furtos e homicídios.

Apesar de a população brasileira ter desacelerado seu crescimento e de a pobreza ter se reduzido drasticamente, a população prisional crescia em uma proporção de 3% ao ano. Nos últimos anos, houve uma aceleração para 7% ao ano. A população de mulheres privadas de liberdade dobrou em um período de cinco anos.



Estes são depoimentos de pessoas privadas de liberdade: “Ah! Igual eu mesmo, os outros chamam e você acaba indo. Igual eu mesmo, de menor, procurando emprego e ninguém dá e aí os colegas chamando; você vê que pode ganhar dinheiro fácil e acaba indo.” (SMA, EI); “O que faz a mente revoltar pro crime é o cara ver muito dinheiro entrando no bolso dele, fácil; ele não precisar de trabalhar, ele só arriscar a pele dele, né! Porque ele pode ser preso.” (SBS, EI); “Então, eu saí de casa e nunca tinha feito programa e aí comecei a fazer programa e a ganhar dinheiro rápido e fácil.” (SJS, EI) (FERREIRA, 2011, p. 518).

O documento “Sistema Penitenciário no Brasil – Dados Consolidados” (BRASIL, 2008) apresentava uma população carcerária em 2009 de 417.112 pessoas em todos os regimes (fechado, semiaberto e aberto), com 294.684 vagas em 1.806 estabelecimentos prisionais em todo o país. Conseguimos ver, dessa forma, a defasagem de vagas em relação ao número de pessoas presas.

Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, ago/2013) davam conta de que havia 2.721 unidades prisionais no país (março/2013), entre penitenciárias, cadeias, delegacias, casas de albergado, colônias agrícolas, centros de remanejamento e detenção provisória, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP).

Essas unidades estavam localizadas em 1.880 municípios, totalizando 552.986 pessoas custodiadas, sendo 42% delas ainda sem condenação definitiva. Além dessas pessoas, havia 5.100 que apresentavam agravos psicossociais e (ou) aguardavam perícia médica em alas psiquiátricas e HCTP, que somavam 32 unidades cadastradas pelo CNJ, e 15% em 140 unidades prisionais comuns.

Ao fazermos a relação do número de pessoas presas pelo número de habitantes, em 2009 os estados do Acre, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Paraná, de Rondônia, Roraima e São Paulo, além do Distrito Federal, superaram a marca de 300 pessoas presas por 100 mil habitantes. São Paulo se aproximava de ter 1% de sua população presa.



| Figura 6 – Estados com mais de 300 presos a cada 100 mil habitantes.

Fonte: adaptado de Wikimedia Commons/Felipe Menegaz (2014).

Baseado em estudo realizado no ano de 2011 numa instituição prisional em Minas Gerais, Ferreira (2011) afirma que o perfil dos presos representa sua situação de pobreza. Tipicamente foram encontrados jovens com escolaridade baixa, história de trabalho infantil, envolvimento com drogas ilícitas, ingresso



precoce no crime e sem condições de entrada no mercado de trabalho, o que facilita o retorno ao crime.

Em 2013, o Conselho Nacional do Ministério Público publicou a Visão do Ministério Público sobre o Sistema Prisional Brasileiro. Resultado do esforço de membros e servidores do Ministério Público brasileiro, o órgão estipulou um relatório padronizado e buscou uniformizar o método de pesquisa.

A cada inspeção, de caráter regular por parte do órgão, as informações foram sendo colhidas e compiladas as mais consistentes, traduzidas em um relatório de 321 páginas (BRASIL, 2013).

No documento, conseguimos visualizar algumas particularidades do sistema penitenciário nacional. Há crianças nas dependências de 53 dos 1.598 estabelecimentos visitados (elas permanecem lá por uma previsão legal, isto é a LEP, que possibilita a estada e a permanência de crianças com até 7 anos incompletos, junto à mãe), e em 2013 existiam 1.900 indígenas e 4.700 estrangeiros presos. Além disso, na grande maioria dos presídios não há separação dos presos maiores de 60 anos dos demais, ou entre presos primários e reincidentes.

Em 2013, 168 estabelecimentos informaram ter havido 1.439 fugas, 12 rebeliões, 37 mortes, 678 presos com ferimentos e 267 com lesões corporais. Em relação à assistência material, 92 instituições informaram não haver camas e 51 não haver colchões para todos os presos. Em 38 instituições a água do banho não era aquecida, e na grande maioria destas o cardápio não era orientado por nutricionistas (BRASIL, 2013).



Seguem mais relatos de pessoas privadas de liberdade: “Muitas pessoas não têm oportunidade, vai pra sociedade e volta a fazer a mesma coisa, porque a própria sociedade não dá oportunidade, discrimina, não aceita. É por isso que, muitas vezes, a pessoa faz o que sabe fazer: vai matar, vai roubar, vai traficar, porque a própria sociedade não dá oportunidade. E a sociedade quer que a pessoa muda, mas como, se ela não dá oportunidade?” (HSC, GF 7); “Eu já arranjei um trabalho na empreiteira da prefeitura, na hora que eu tava pronto pra trabalhar, na hora de pegar o crachá, o pessoal falou que eu não podia trabalhar porque eu tinha antecedente criminal e aí o mundo acabou pra mim. Na hora, eu só pensei em fazer coisa errada.” (MJR, GF 4) (FERREIRA, 2011, p. 516).

Segundo a LEP, 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, bem como a obrigatoriedade da assistência à mulher, extensiva ao recém-nascido.

Uma referência essencial nessa discussão é encontrada nas Regras Mínimas para Tratamento de Prisioneiros, adotadas pelo 1.º Congresso das Nações Unidas sobre Prevenção do Crime e Tratamento de Delinquentes, realizado em Genebra, no período de 22 de agosto a 3 de setembro de 1955.

Essas regras são recomendadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) (<http://www.onu.org.br/>), como referencial mínimo para organização dos sistemas de execução de penas e



tratamento dos presos no mundo. Como princípio fundamental está a sua aplicação de maneira imparcial, não devendo existir qualquer espécie de discriminação, seja por origem, raça, cor, sexo, língua, religião etc. (UNIÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1955).



| Figura 7 – Organização das Nações Unidas (ONU).  
Fonte: Wikimedia Commons/Wilfried Huss (2014).

O documento apresenta ainda regras gerais para administração dos estabelecimentos penais, abordando:

- a inclusão do preso na unidade prisional, a forma de registro, a separação e classificação por sexo, o tipo de infração e condenação;
- condições mínimas adequadas para instalações físicas e atendimento às necessidades de higiene, descanso, alimentação, atividades físicas, trabalho, etc.;

- formas de aplicação de sanções e disciplina, bem como uso de instrumentos de coação;
- garantias de assistência adequada aos atendimentos à educação, religião, saúde, etc.;
- escolha e preparação do pessoal penitenciário, enfatizando a necessidade de alocar pessoas com perfis adequados e prepará-las para o exercício das funções.

Em sua segunda parte, o documento apresenta a organização do serviço médico e a necessária disposição dos serviços à pessoa presa, contemplando a mulher, principalmente no que diz respeito ao atendimento materno-infantil.

Pelas informações apresentadas anteriormente, o estado vem efetivando a LEP? Vejamos, com base nas informações disponíveis, como tem se comportado, neste sentido, o sistema prisional.

Em 2013, nove estados informaram ao Conselho Nacional do Ministério Público que, na maioria de suas prisões, não existiam farmácias nem havia protocolo de procedimentos específicos em caso de ocorrência de patologias infectocontagiosas – em números, das 1.598 prisões visitadas, 886 não tinham farmácia e 1.220 não contavam com protocolo.

Em 25 prisões não havia atendimento médico emergencial quando necessário, e não era prestado atendimento pré-natal às gestantes. Existia distribuição de preservativo apenas em metade das unidades respondentes (BRASIL, 2013).



Damas e Oliveira (2013), em pesquisa realizada no sistema prisional de Santa Catarina, mostram que, em relação especificamente à saúde mental – uma das especialidades com maiores demandas no sistema –, a atenção é precária ou inexistente no interior das unidades prisionais. O acesso à rede pública é dificultado por motivos internos ao sistema e externos, relacionados a aspectos de organização, acesso e disponibilidade da Rede de Atenção Psicossocial.

Em trabalho recentemente publicado, Andreoli (2014) afirma que a prevalência de transtornos psiquiátricos severos (psicozes, doença afetiva bipolar e depressão graves) alcançava até 25,8% entre as mulheres e 12,3% entre os homens.

Santos (2005) reafirma os problemas de saúde no sistema prisional e os considera fundamentalmente como uma forma de desrespeito aos direitos humanos por parte do Estado. Além disso, aponta o desinteresse da classe política que domina as instituições governamentais pela melhora do sistema.

Outros estudos mostraram realidades semelhantes, repetindo-se a ausência total ou parcial de assistência, inclusive de saúde, aos internados, trazendo à tona algumas questões: Qual é a pena a que essas pessoas estão submetidas? Apenas a de privação de liberdade? O que fazer para modificar essa realidade?

De fato, algumas medidas têm sido tomadas. O caminho é árduo e lento, mas essas medidas proporcionam algumas esperanças.

Em setembro de 2003 o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde publicaram a Portaria Interministerial 1.777, instituindo

o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário – PNSSP (BRASIL, 2003).

Arranjo importante do SUS, o plano previa estratégias e linhas de ação que possibilitavam a inclusão da população penitenciária no SUS em ações e serviços legalmente definidos pela Constituição Federal, pela Lei nº 8.080/90, pela Lei nº 8.142/90 e pelas demais diretrizes da saúde, bem como pela LEP e por outros regramentos pertinentes à execução penal.

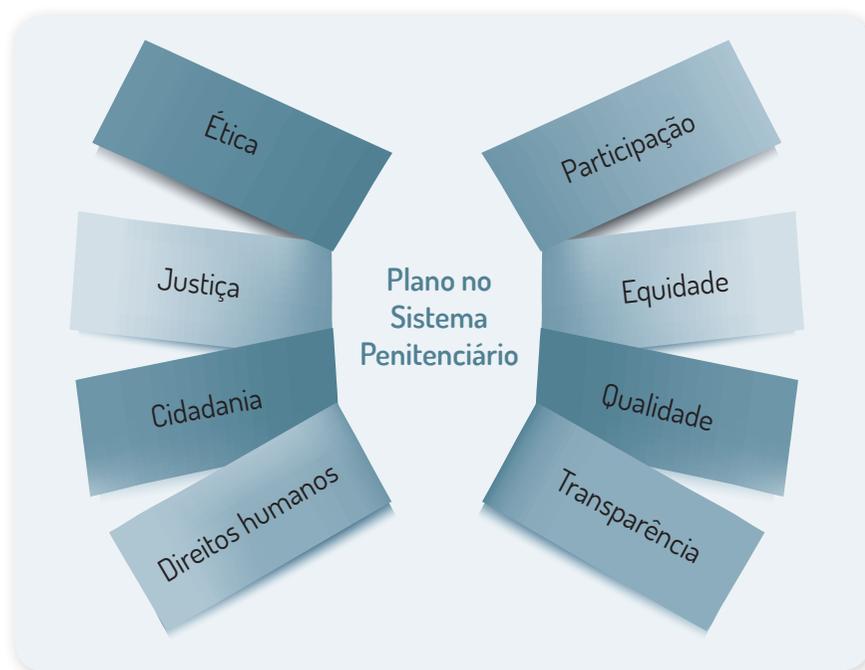
Assim, pela primeira vez a população carcerária teria uma política específica, que buscava responder aos seus problemas de saúde, desenvolvida dentro de uma lógica fundamentada nos princípios do SUS. O objetivo era promover atenção integral à população confinada em unidades prisionais masculinas e femininas, inclusive nas psiquiátricas. Gois et al assim analisam o PNSSP:

Os princípios que fundamentam esse Plano no Sistema Penitenciário são pautados na ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, qualidade e transparência, e têm como diretrizes estratégicas:

- prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;
- contribuir para o controle e (ou) a redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária;
- definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e as diretrizes do SUS;



- proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- estimular o efetivo exercício do controle social (GOIS et al, 2012, p. 1236).



| Figura 8 – Princípios que fundamentam o Plano no Sistema Penitenciário. Fonte: do autor (2014).

Para Chies (2013) o PNSSP representava, entre outras iniciativas, uma produção de normas e diretrizes na busca de sofisticação das perspectivas, e de promessas dos direitos sociais das pessoas presas. Enfatizava que a saúde dos detentos consistia em um problema de saúde pública emergente e carente de pesquisas, planos e políticas estratégicas.

Cabe destacar que o PNSSP criou condições importantes e orientou os governos na busca de congruências entre a execução penal e o SUS. Desse modo, possibilitou relativa (ainda que insatisfatória) visibilidade à população custodiada e suas demandas por atenção à saúde. Foi assim que o PNSSP representou uma das mais significativas experiências de humanização no sistema de justiça criminal no país.

Pretendendo viabilizar o acesso da população custodiada ao SUS, os ministérios signatários dessa norma buscaram recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e do Fundo Penitenciário Nacional (Funpen) para repasse fundo a fundo do Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário – este, componente do Piso da Atenção Básica Variável (PAB-V).

O objetivo desse aporte financeiro era o custeio de ações e serviços na atenção à pessoa privada de liberdade, tais como a aquisição de itens de consumo diversos, pequenas reformas, contratação de serviços, etc. Tais recursos não deveriam ser usados para despesas de capital, ficando a cargo do Ministério da Justiça o financiamento de itens permanentes, tais como equipamentos, grandes reformas e construção. Além do incentivo financeiro, o Ministério da Saúde comprometeu-se a repassar, trimestralmente, kits de medicamentos às unidades cujas equipes foram habilitadas ao PNSSP, de acordo com a Portaria MS/GM nº 3.270, de 26 de outubro de 2010.



O PNSSP apresentava pela primeira vez propostas para aproximar do SUS a atenção realizada no âmbito de equipes das secretarias estaduais de justiça. Tentava-se viabilizar a atenção integral à saúde da população carcerária, com financiamento bipartite entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, ficando o primeiro responsável por 70% dos recursos.

O incentivo financeiro foi planejado em forma escalonada, com o número de pessoas presas definindo a carga horária e a constituição das equipes. A equipe mínima exigida seria composta por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um psicólogo, um assistente social, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de enfermagem.

Desta forma, estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas presas receberiam, por no mínimo quatro horas semanais, os cuidados da equipe de saúde da área na qual o presídio está sediado, com financiamento de R\$ 2.700,00 por mês. Em prisões e presídios contendo entre 100 e 500 pessoas presas, a equipe teria uma carga mínima de trabalho de 20 horas semanais e receberia R\$ 5.400,00 mensais.

A contrapartida do Ministério da Justiça consistiria em disponibilizar financiamento para a adequação do espaço físico para os serviços de saúde nas unidades prisionais e a aquisição de equipamentos (BRASIL, 2003).



Há diversas informações a respeito desse incentivo financeiro no endereço eletrônico <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20n%201.777%20de%202003.pdf>>. Acesse para saber mais!

O elenco mínimo de ações de saúde referido no PNSSP consiste em atenção preventiva, curativa e promocional voltada a saúde bucal, saúde da mulher, DST/HIV/Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase, bem como aquisição e controle de medicamentos, imunizações e exames laboratoriais.

O plano recebeu críticas importantes em relação à ausência de mecanismos na assistência farmacêutica e pela inexistência de ações específicas para a população idosa no âmbito do cárcere (OLIVEIRA; COSTA; MEDEIROS, 2013; HUNT; KHOSLA, 2008).

No entanto, a história mostra que, uma vez feita a implantação, começaram a ser constatadas dificuldades na execução do PNSSP:

- financiamento insuficiente;
- lógicas diferenciadas de atenção entre as instituições de segurança pública e as de saúde;
- ausência de carreira profissional e dificuldades na contratação de equipes para o trabalho no sistema prisional;
- falhas de atendimento e dificuldades de acesso à rede;
- uso incipiente dos sistemas de informação em saúde.

Esses aspectos, entre outros, apresentaram-se como empecilhos para a efetivação do PNSSP (OLIVEIRA; COSTA; MEDEIROS, 2013; FERNANDES et al, 2014).



Em seu melhor momento, o PNSSP alcançou 35% da população prisional, oferecendo um elenco limitado de serviços com qualidade precária, inequidade e pobreza de resultados sanitários e epidemiológicos.

Refletindo sobre o aprimoramento necessário à política de saúde no sistema prisional, Fernandes (2014) entende que parte do Estado e da sociedade está ciente dos problemas nas instituições carcerárias, porém há vários entraves para as soluções.

O autor aponta a situação a que está submetida a população carcerária como responsável por inúmeros agravos de saúde. Ele questiona a diferença entre o legislado e o real no que tange às instalações físicas e à capacitação e disponibilidade de equipes. Contesta também a relação entre a instituição carcerária e os serviços de saúde sob a lógica hierarquizada do SUS (FERNANDES, 2014).

Assis (2007) adiciona outros argumentos a essa análise:

A superlotação das celas, sua precariedade e sua insalubridade tornam as prisões num ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores estruturais aliados ainda à má alimentação dos presos, seu sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene e toda a lugubridade da prisão, fazem com que um preso que adentrou lá numa condição sadia, de lá não saia sem ser acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas (ASSIS, 2007, p. 75).

Ferreira (2011, p. 511) reflete que a ordem social atual produz desemprego, emprego precário e redução da proteção social, fatores que têm sido “paliativamente” enfrentados com força de polícia e pena de prisão, numa lógica fundamentalmente punitiva, repressiva e de controle.

As prisões brasileiras apresentam superlotação, ociosidade e maus-tratos. Então, como falar em ressocialização, uma vez que a realidade “incita” e promove exatamente o não ajustamento, a revolta, a não submissão à ordem pelos efeitos perversos que produz?

Adiante estão outros depoimentos da população prisional: “A mente da gente fica muito vazia, sem ocupação aqui dentro. Eles taca a gente aqui e praticamente esquece. [...] Agora, tacar no cárcere no meio de ladrão, traficante, de homicida, vou te falar pro cê, o cara que num conhece nada da vida do crime, vira criminoso mesmo, uai! O primário se torna reincidente por causa disso mesmo, cê entendeu? Porque o primário vem e aprende altas coisas aí dentro da cadeia.” (MSC, GF 5); “Ele vem pra cadeia, a tendência dele, a mente dele é voltada para o crime, pra praticar coisa ruim, porque ele tá passando muita raiva, neurose, veneno, família abandona, não é todo mundo que consegue vim num lugar desse, aí a tendência é só piorar.” (PNI, GF 5); “Ele vem num 155, da próxima vez, ele já volta num 157. Aí fala: ‘157 já num tá bão, agora vou pro 12’, depois volta num homicídio, cê entendeu? Aqui é a escola do mundo mesmo!” (GAD, GF 5) (FERREIRA, 2011, p. 520).



A partir dessas realidades, das verificações feitas ao longo do anos e das lições aprendidas por meio do PNSSP, os Ministérios da Justiça e da Saúde puderam sistematizar diversas informações, indicativos importantes de que algo deveria mudar e no que tange à saúde deveria haver coerência com os princípios do SUS:

- garantir, de fato, a universalidade;
- possibilitar a atenção integral;
- “desprisonalizar” os serviços de saúde, adequando-os aos modelos SUS;
- focalizar e qualificar as formas de gestão e operacionalização;
- estabelecer melhores mecanismos de controle e avaliação;
- ampliar o financiamento.

Desde os estudos realizados a partir de 2008, muitos fatos foram gerados, desvelando as inconsistências do PNSSP e evidenciando as contribuições do Distrito Federal, de estados e municípios.

Pesquisas foram financiadas pelos ministérios responsáveis e significativos ciclos de diálogos ocorreram.

Em 2009, especialmente, os ministérios da Justiça e da Saúde estabeleceram algumas prioridades para a solução dos problemas identificados. Decidiram pela aplicação de efeitos previstos em Lei, que induziriam as unidades federativas qualificadas ao

PNSSP a reprogramar os recursos do incentivo para atenção à saúde da população privada de liberdade, a revisar planos operativos estaduais e a criar condições políticas, técnicas e financeiras para definir uma política para uma atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade de fato universal, tal qual a Constituição Federal e o regramento do SUS vêm consignar.

Ainda em 2009, no âmbito do próprio Ministério da Justiça, o Departamento Penitenciário Nacional (Depen) entendia, por diversas ponderações junto ao Ministério da Saúde, ser necessária a responsabilização das autoridades sanitárias, no âmbito do SUS. Era preciso propor uma política nacional de saúde de fato inclusiva, que respeitasse as premissas da universalidade, entendendo a pessoa privada de liberdade como detentora desse direito.

Buscando qualificar a assistência com base na realidade, e considerando os direitos humanos legislados, a construção das políticas a partir da linha do tempo e as necessidades ainda intensas de fortalecimento de ações em relação à saúde das pessoas presas, os ministérios da Saúde e da Justiça publicaram em 2 de janeiro de 2014 a Portaria Interministerial n.º 1, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS.

O objetivo era garantir o acesso ao cuidado integral no SUS das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (BRASIL, 2014).





| Figura 9 – Pessoa privada de liberdade recebendo atendimento de saúde.  
Fonte: Igor Claber (2014).

As discussões entre municípios, estados e União em relação à assistência prisional não ocorreram somente após sua publicação. No ano anterior, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2013) destacava em nota técnica que a minuta da proposta apresentava avanços na área da saúde prisional e enfatizava

[...] a inclusão das unidades nas redes de atenção à saúde; o aumento nos valores do financiamento federal para a saúde prisional e a criação de um acréscimo aos incentivos para os estados e municípios; maior clareza nas atribuições dos gestores da saúde e da justiça.

Entretanto, o documento apresenta vários questionamentos, principalmente em relação à política de assistência farmacêutica. Além disso, questiona indicadores utilizados para o escalonamento de equipes e recursos financeiros, tocando nas dificuldades não equacionadas na Portaria Interministerial 1.777 de 2003 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2013, p. 18).

A Portaria Interministerial n.º 1 define pessoas privadas de liberdade no sistema prisional como aquelas, com idade superior a 18 anos, que “estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) (BRASIL, 2014), e na Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal)” (BRASIL, 2014).

Confira o texto da portaria no endereço eletrônico:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html).



Em seus princípios, reafirma o respeito aos direitos humanos e à justiça social, à integralidade da atenção à saúde, à equidade, defende a corresponsabilidade interfederativa e enaltece o poder do controle social.

Em suas diretrizes, a portaria elenca mecanismos que minimizem as mazelas da assistência, propondo a inclusão social do



apenado e a promoção de sua cidadania, bem como o respeito às diferenças e a busca da intersectorialidade (BRASIL, 2014).

Com isso, confirmou-se o aumento da agenda orçamentária do Poder Executivo. A ideia era garantir incentivos financeiros adequados à estruturação de unidades básicas de saúde e ao custeio dos serviços.

Neste contexto, dava-se destaque à criação de condições mais favoráveis (ambientais, salariais, instrumentais, estratégicas e operacionais) para que, de fato, as redes de atenção locais e regionais fortalecessem suas capacidades e a população custodiada passasse a ser visualizada pelo SUS, de modo universal, integral e resolutivo.

A portaria proporciona a constituição das diferentes equipes nos estabelecimentos prisionais de acordo com o número de custodiados. Além disso, define competências dos entes federados, instruindo sobre os mecanismos de adesão dos estados e municípios, com base na elaboração de planos operativos que precisam ser construídos coletivamente.

O mecanismo para essa construção coletiva e solidária se dá pela exigência da constituição de um Grupo Condutor Estadual formado pela Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Justiça ou congêneres e pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado.

Com apoio do Ministério da Saúde, esse grupo tem a função estratégica de planejar, conduzir, monitorar e avaliar a política no âmbito estadual. Como anexos da referida portaria, são elenca-

dos roteiros com diretrizes para a elaboração do Plano de Ação Estadual e Municipal de Saúde no Sistema Prisional, bem como os termos de adesão municipais e estaduais a serem preenchidos (BRASIL, 2014).

No entanto, era preciso dar sustentação organizativa ao PNAISP.

Para isso, em 1º de abril de 2014 o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 482, que institui normas para sua operacionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014).

Confira o texto da portaria no endereço eletrônico:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html).



Em seu corpo, apresenta a conformação das equipes, o financiamento destas e a organização dos serviços. Classifica as equipes em três faixas a partir do número de apenados, correlacionando a cada faixa a carga horária e a composição da equipe.

Ao constituir uma equipe em determinada instituição prisional, é preciso avaliar o número de pessoas presas, as condições estruturais físicas e a rede de atenção à saúde instituída, sempre considerando a pactuação solidária entre a justiça e a saúde.



Há possibilidade de constituir equipes com várias categorias profissionais, com foco na saúde mental também. Deve-se basear na necessidade e na realidade local, com o financiamento das equipes ocorrendo por conta do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde.

Os equipamentos e as instalações físicas, por sua peculiaridade e interface com a justiça, são de responsabilidade das secretarias de justiça ou congêneres. Porém, as áreas de assistência à saúde precisam estar em conformidade com a legislação sanitária vigente.

As Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) têm a função de realizar a atenção básica nas instituições prisionais e fazem parte da atenção básica municipal, com a obrigatoriedade de utilizar os sistemas de informação, de acesso à educação permanente, de acesso regulado às redes de atenção.

As particularidades dessa assistência precisam ser pactuadas entre os entes que a compõem, exigindo diálogo e construção contínua de soluções.

Com base nessas pactuações, considerando a realidade local, a adesão dos estados e municípios ao PNAISP fica condicionada à apresentação do Termo de Adesão Estadual e Municipal, bem como à solicitação de habilitação contendo a tipologia da equipe e o cadastro desta junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2014a).

O Ministério da Saúde deverá avaliar a proposta e publicar ato específico de habilitação contendo o incentivo financeiro, o serviço de saúde e a unidade prisional referenciada (BRASIL, 2014).

A PNAISP realiza uma extensão de cobertura efetiva da atenção básica do SUS. Assim, torna cada unidade prisional uma porta de entrada e um ponto de atenção da rede, e coloca a gestão técnica plenamente no âmbito do SUS do território.

Aspectos importantes a serem considerados são trazidos por Fernandes et al (2014), Hunt, Khosla (2008) e Oliveira, Costa, Medeiros (2013) a partir de seus estudos sobre a saúde nas prisões. Nos trabalhos desses autores, são denunciados, refletidos e discutidos distúrbios mentais, o uso de álcool e drogas, o não acesso aos medicamentos, a (não) atenção ao idoso.

A Portaria Interministerial nº 1, em seus artigos 11 e 12, reitera a importância desses aspectos, transformando-os em disciplinas-alvo de atos específicos, em que a reflexão, a pactuação e o financiamento precisam ocorrer de maneira mais intensa (BRASIL, 2014).

Vimos aqui que em diversos estudos se apresentam retratos similares da população carcerária e do perfil desta. Várias pesquisas apontam o (des)respeito aos direitos humanos e a (des)atenção por parte do Estado nos mais diversos aspectos, entre eles a saúde.

Também vimos que há esforços sendo envidados na busca de soluções para esses e outros problemas, refletidos em políticas, legislações e normas promulgadas pelo mesmo Estado, fruto das ambiguidades e contradições, dos estigmas e preconceitos existentes no seio da sociedade.



Vimos ainda que esse cenário não favorece a ressocialização dos apenados, contribuindo para a reincidência no crime e o aumento da criminalidade.

Isso causa prejuízos ao erário por contingência da ineficiência da máquina político-jurídica e da incompetência dessa máquina no cumprimento de seu papel de prover assistência, prevenir o crime e ressocializar os presos.

Assim, apresentamos desafios históricos, políticos, sociais e culturais a serem superados, para que no caso específico da saúde essas pessoas possam ter garantidos seus direitos à atenção integral tanto quanto os demais cidadãos.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, segundo reza a nossa Constituição.

Perguntamos, então: De que saúde estamos falando? O que é o Sistema Único de Saúde? Em que consiste a atenção básica a ser prestada? O que são redes de atenção? Vamos falar disso?

## 1.4 Resumo da unidade

Para entendermos nossos processos de trabalho, precisamos percebê-los com base na conjuntura assistencial, técnica e histórica, bem como as políticas públicas que embasam essas ações.

Nesta unidade, realizamos uma pequena incursão pela história, vendo como foram se desenvolvendo as políticas de direitos humanos no mundo e a relação destas com o sistema prisional.

Ao visualizarmos o Brasil, observamos que as leis penais que garantem os direitos da pessoa presa estão embasadas nos direitos humanos, porém muito precisa ser realizado ainda para que tais direitos sejam garantidos.

Por fim, baseando-se em números e informações, tivemos um retrato do sistema prisional brasileiro: a característica da condição socioeconômica das pessoas presas e, em particular, como se encontram o acesso à saúde e as leis e portarias que objetivam garantir esse direito constitucional.

Desta forma, propusemos reflexões acerca do senso comum para buscar garantir que aqueles que cumprem a pena da privação da liberdade o façam tendo acesso aos demais direitos que não lhes podem ser retirados.





## **Unidade 2**

**Princípios, diretrizes e  
leis orgânicas do Sistema  
Único de Saúde**

## 2.1 Introdução da unidade

Esta unidade foi elaborada com o intuito de abordar os principais aspectos do SUS.

Sabemos que muitas legislações foram criadas no decorrer das últimas décadas. Assim, procuramos em algumas páginas apresentar o que há de mais atual na legislação do SUS e sugerimos outras leituras para que você possa complementar seus estudos.



| Figura 10 – Sistema Único de Saúde (SUS).  
Fonte: Portal Saúde (2014)

Apesar de fundamental para a compreensão, a leitura da legislação pode se mostrar árida para profissionais da área de saúde. Portanto, sugerimos a discussão do texto das normas com outras pessoas, para expor as contradições entre o planejado e o realizado e para facilitar a fixação das informações mais relevantes.

## 2.2 Construção do Sistema Único de Saúde no Brasil

O SUS é um sistema de saúde de tipo universal, criado em 1988, como resultado direto da promulgação da “Constituição Cidadã”. Abrange todas as dimensões da saúde – da promoção, proteção e prevenção até a reabilitação –, oferecendo desde atenção básica até o atendimento mais especializado, a fim de garantir o direito à saúde integral e gratuita à população.

No entanto, sua história é ainda recente.

A Lei 8.080/1990 e sua complementação, a Lei 8.142/ 1990, denominadas “leis orgânicas da saúde”, são consideradas as mais importantes da área da saúde no Brasil contemporâneo. São leis decisivas para promover a transformação no sistema de saúde em todas as instâncias governamentais e sociais – federal, estadual e municipal.

Um objetivo central e ainda um grande desafio, a partir da promulgação dessas leis, é a garantia de acesso à saúde para todas as pessoas (universalização) (BRASIL, 2014).

A seguir, vamos observar em uma linha do tempo como foram as origens do SUS. Mas, antes, vamos conferir três informações importantes.

- NOB – Com o intuito de reorganizar o modelo de gestão, conforme proposto pela Lei 8.080, foram criadas normas específicas, denominadas Normas Operacionais Básicas

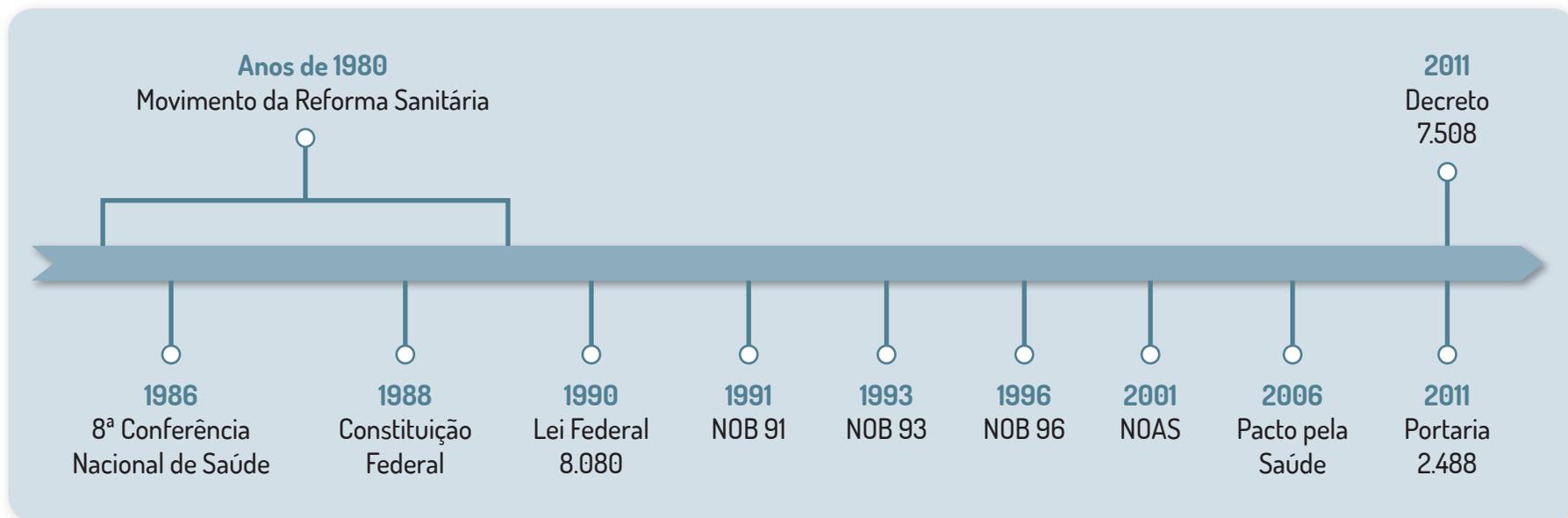


(NOBs). Seus principais objetivos foram alocação de recursos, promover a integração entre as três esferas de governo e promover a transferência das responsabilidades do SUS para os estados e municípios.

- CIT – Comissões Intergestores Tripartite – Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, estados e Distrito Federal, e municípios. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS e participa da produção normativa estratégica, assim como a legitima.

- CIB – Comissões Intergestores Bipartite – Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual e dos secretários municipais de saúde. Os problemas “insolúveis” da gestão estadual ou municipal, quando levados à CIB, têm a oportunidade de ser abordados na perspectiva da rede e das responsabilidades pactuadas, objetivando a garantia à saúde.

Agora sim, vejamos na linha do tempo adiante como foram as origens do SUS.



| Figura 11 – SUS: linha do tempo.  
Fonte: do autor (2014).



### **Anos de 1980 | Movimento da Reforma Sanitária**

Durante o período final da ditadura militar, pensadores, profissionais dos serviços, pessoas vinculadas a organizações não governamentais e outros atores sociais criticavam o sistema de saúde então vigente, de modelo privatista e subjugado a um complexo industrial médico-hospitalar-farmacêutico, e discutiam as estratégias para transformar esse modelo.

Suas ações e produções estavam vinculadas diretamente ao movimento maior pela restauração da democracia no país, ficando conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. Foram daí que partiram as principais ideias para reformulação do modelo assistencial.

### **1986 | 8ª Conferência Nacional de Saúde**

Apenas um ano após a queda da ditadura militar, realizou-se a 8.ª Conferência Nacional de Saúde, com cerca de 4.000 delegados, em que foram debatidas as propostas do Movimento da Reforma Sanitária para implantação do SUS.

### **1988 | Constituição Federal**

Durante dois anos de Assembleia Constituinte os embates concernentes à área da saúde foram acompanhados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que assessorou os deputados de maneira que aparecessem pela primeira vez, em uma Constituição Brasileira, artigos estabelecendo o direito à saúde (do Art. 196 ao 200). Foi, assim, criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização e o controle social.

### **1990 | Lei Federal 8.080**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regula, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.



### 1991 | NOB 91

Trata principalmente do financiamento, da municipalização e da oferta dos serviços de saúde. Determina que os municípios possam formar consórcios administrativos intermunicipais, visando à articulação e integração da assistência. Além disso, cria as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que uniformizaram os instrumentos de remuneração dos profissionais para entidades públicas e privadas, e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

### 1993 | NOB 93

Criação das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, mecanismos de transferência fundo a fundo nos municípios (gestão semiplena) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

### 1996 | NOB 96

Foi a NOB que mais contribuiu para a descentralização política e administrativa. Criou o Piso de Atenção Básica (PAB), que estabeleceu valores *per capita* para financiamento das ações. Criou o Programa de Pactuação Integrada (PPI), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), que foi a estratégia de mudança do modelo de assistência à saúde.

### 2001 | Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)

Buscou a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, enfatizando a regionalização e a organização funcional do sistema como elementos centrais para o avanço do processo. Atualizou a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo de consolidação e aprimoramento do SUS.



## 2006 | Pacto pela Saúde

Conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão: União, estados e municípios. Visa à melhoria dos serviços e à garantia de acesso a todos. São consideradas três dimensões para alcançar seus objetivos, constituindo três pactos:

- Pacto pela Vida, que trata das prioridades e das estratégias para aprimoramento de ações e serviços;
- Pacto de Gestão, que visa à melhoria do trabalho da gestão;
- Pacto em Defesa do SUS, que reconhece a necessidade de repolitizar o sistema, lembrando que a saúde é um bem produzido constantemente pela ação política dos atores e movimentos sociais.

## 2011 | Decreto 7.508/2011

Emitido pela Casa Civil, decreta a Regulamentação da Lei 8.080/90 e disposições sobre a organização do SUS, planejamento e assistência à saúde e articulação interfederativa.

## 2011 | Portaria 2.488/2011

Emitida pelo gabinete do Ministério da Saúde – Política Nacional da Atenção Básica. Revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).



Essas e muitas outras normativas foram essenciais para a construção do modelo assistencial que temos hoje. Todas elas podem ser encontradas facilmente nas muitas *webs* ligadas ao SUS.

Para um entendimento mais aprofundado desse processo, apresentaremos os principais pontos das Leis 8.080 e 8.142, do Decreto 7.508/11 e da Política Nacional da Atenção Básica.

## 2.2.1 Leis 8.080 e 8.142 – A regulação das ações e dos serviços no contexto do SUS

O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema. Ou seja, é composto por um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para fins comuns, identificados com a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A permanente construção desse sistema não representa apenas uma melhora dos serviços de saúde. Trata-se de uma verdadeira ruptura no formato de constituição do Estado, no modelo de proteção social e na forma de gestão das políticas sociais no país.

É um redirecionamento do padrão de relações entre Estado, sociedade civil e mercado. Constituiu-se em um dos principais pilares para as políticas de inclusão social erigidas depois do fim da ditadura militar.

Essa transformação radical do sistema de saúde brasileiro é uma das diretrizes políticas da Constituição Federal de 1988.

Ao abraçar essa proposta, os constituintes incorporaram o consenso existente na sociedade quanto à inadequação do sistema de saúde até então vigente. O sistema era baseado de maneira ilógica e limitada no asseguramento do INAMPS, em que eram flagrantes a ineficiência e irracionalidade na gestão, a falta de integração dos serviços, a limitação física e estrutural das unidades de serviços de saúde, bem como a excessiva centralização administrativa.

Essa centralização implicava tomadas de decisões a distância (nos governos centrais de estados ou em Brasília), sem coerência com as necessidades locais. Havia disponibilização insuficiente de recursos financeiros, planejamentos incongruentes com dados epidemiológicos e ausência de monitoramento e avaliação.

No geral, o sistema se mostrava em desvantagem quando comparado a outros países, inclusive da América Latina.

Portanto, a implantação do SUS ocorreu em meio a um cenário de péssimas condições da atenção à saúde no país. O objetivo era melhorar a qualidade dessa atenção, rompendo com um passado de descompromisso social e com a velha irracionalidade técnico-administrativa.

O SUS tornou-se a imagem ideal que passou a nortear o trabalho do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde.



Nessa imagem ideal, o sistema deveria adotar um novo modelo de atenção, com base nos mesmos princípios organizativos e ideológicos em todo o território nacional. A responsabilidade, em todo o país, passou a ser das três esferas de governo.

Assim, três características definem o novo modelo de atenção:

- a vigência de um sistema nacional de saúde;
- a proposta de descentralização administrativa e política;
- novas formas de gestão, compartilhadas por todos os atores envolvidos – usuários, gestores e profissionais.

Uma necessidade fundamental para a construção desse modelo foi detalhar os princípios e as diretrizes para organização do sistema e estabelecer a redistribuição de funções e as competências atribuídas às três esferas do governo (VIANA; DAL POZ, 1998).

Os princípios que pautam o novo modelo de atenção foram fixados na Constituição: universalidade, equidade e integralidade da assistência.

Esses princípios são os pilares para reverter a lógica da provisão de ações e serviços, calcada predominantemente na assistência médico-hospitalar. A ideia é substituí-la por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (FINKELMAN et al. 2002) e que prioriza as ações de prevenção e a promoção da saúde.

Aproximadamente três meses após a aprovação da Lei 8.080/1990 foi sancionada a Lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Cada esfera do governo passa a contar com a Conferência de Saúde (que se reunirá a cada quatro anos com a representação de diversos segmentos sociais) e com Conselhos de Saúde como instância colegiada, de caráter permanente e deliberativo.

Para conhecer melhor as Leis 8.142/90 e 8.080/90, acesse os seguintes endereços eletrônicos e confira os textos integrais:

- <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>
- <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>.



Trataremos no próximo item sobre as normativas hoje vigentes e que regulamentam o SUS e a Política Nacional de Atenção Básica.

## 2.2.2 Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011

Conforme mostramos na linha do tempo, esse decreto regulamenta a Lei 8.080/90. Foi publicado 21 anos após essa lei, o que demonstra os desafios e obstáculos plenamente em vigor quando se trata de estabelecer transformações que afetam profundamente a ordem social, política e econômica, a administração governamental e as estruturas de Estado.



O decreto surgiu num momento em que os gestores, profissionais de saúde, trabalhadores e a sociedade de um modo geral vinham vivenciado uma situação mais democrática e certo avanço no que se refere a seus direitos de cidadão, como consequência da melhoria proporcionada pela aplicação da Constituição de 1988 e do aparato de suporte legal.

No que tange ao SUS, há um avanço histórico com o crescente aumento da consciência dos usuários sobre seu direito à saúde.

### Regiões de saúde

Sua finalidade é evidenciar lacunas assistenciais e produzir informações estratégicas para subsidiar o planejamento regional integrado.

### Mapa de saúde

Instrumento importante para detectar as necessidades de saúde de cada região.

O decreto 7.508/2011 dispõe sobre organização do SUS, planejamento e assistência à saúde e articulação interfederativa. Visa dar transparência à Gestão do Sistema e fortalecer o controle social (BRASIL, 2011). Uma de suas principais inovações foi criação de **regiões de saúde**.

Cada região deve ter um **mapa de saúde**, ferramenta importante criada para identificar e programar, geograficamente, recursos e processos de saúde. Com essa ferramenta, ficou mais fácil mapear a existência e o funciona-

mento de profissionais, estabelecimentos, equipamentos, indicadores de saúde e serviços no país (BRASIL, 2011).

Nos capítulos I, II e III, o decreto dispõe sobre a organização do SUS e do planejamento da saúde. Define o Plano de Saúde como um conjunto de metas, diretrizes e objetivos propostos para cada município, e que deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, fortalecendo assim o **controle social**.

Devem constar nesse plano os investimentos para os serviços de saúde, com o intuito de que seja coberta a maior parte das necessidades de saúde de cada usuário.

A divisão do território em regiões de saúde visa garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação em saúde, organizados em rede de atenção. Intenciona ainda efetivar o processo de descentralização de ações e serviços com responsabilização compartilhada.

As regiões de saúde devem conter no mínimo ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011) disponível para todos os moradores desse território.

Esse decreto também reforça a importância da Rede de Atenção à Saúde e aborda a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), bem como ações e serviços que o SUS oferece à população e que deverão ser pactuados nas comissões intergestores dos entes administrativos envolvidos.

A assistência farmacêutica é consolidada por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), criada com o intuito de informar a população das ações, dos serviços e dos medicamentos oferecidos pelo SUS.

O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas em âmbito nacional. A cada dois anos o Ministério da Saúde deve publicar as atualizações dessa relação.



A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde destaca que os estados e municípios poderão adotar relações complementares à RENAME, pactuadas em suas respectivas comissões intergestores.

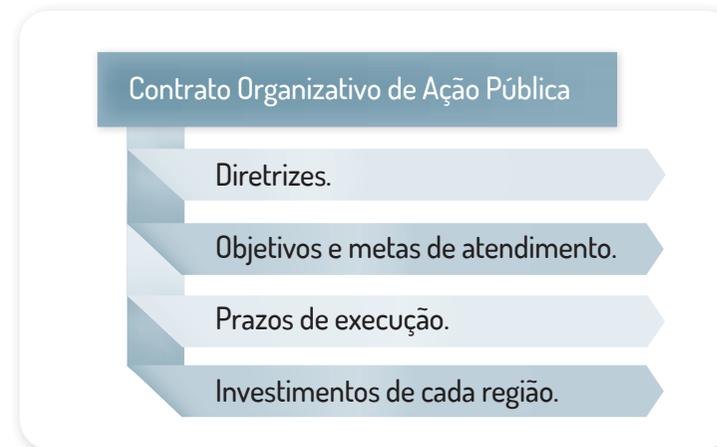
Para conformar as regiões de saúde, o mapa da saúde e o processo de planejamento, foi necessário fortalecer a governança do SUS. Para tanto, o Decreto 7.508 reconhece as Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartite) e institui a Comissão Intergestores Regionais, em que se discute e decide toda a gestão da saúde de modo compartilhado.

Destacamos que está previsto no decreto o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde.

O acordo deve ser pautado por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública. Nesse contrato, cada esfera do governo deixa clara a responsabilidade de cada um diante de ações e serviços do SUS, aprimorando os processos implantados com o Pacto pela Saúde.

Os conselhos de saúde poderão acompanhar se o que foi proposto está sendo realmente realizado e cobrar do poder público o cumprimento das responsabilidades firmadas.

Veja a seguir os principais pontos que devem constar no Contrato Organizativo de Ação Pública.



| Figura 12 – Pontos que devem constar no Contrato Organizativo de Ação Pública. Fonte: do autor (2014).

As ações de saúde devem incluir:

- promoção;
- assistência;
- vigilância em saúde;
- assistência farmacêutica.

Como potencialidades dos dispositivos do decreto 7.508, destacamos as seguintes:

- proporcionar maior transparência, controle social e resultados efetivos, visando à melhoria da saúde do cidadão;
- promover o acesso, a integralidade da assistência e a equidade por meio da regionalização da rede de atenção à saúde;
- definir claramente as responsabilidades de cada esfera do governo.



Você deve ter observado quantas ações esse decreto estabeleceu. Em suma, ele definiu e aprofundou os conceitos de regionalização, hierarquização e regiões de saúde, oficializou a Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do acesso ao SUS e promoveu maior eficiência no atendimento básico e especializado, além de maior poder de fiscalização por meio dos mecanismos de controle social.

O decreto sugeriu mais integração entre as três esferas de governo e criou os Contratos Organizativos da Ação Pública como instrumentos para estabelecer melhores relações entre essas esferas.

Por meio do mapa da saúde, definiu o planejamento integrado como ferramenta de apoio para a descrição das necessidades de saúde e das ações e dos serviços oferecidos pelo SUS. Além disso, estabeleceu a centralidade da região de saúde, que também funciona como base para a alocação de recursos.

Por fim, criou a RENASES e aperfeiçoou a RENAME.

### 2.2.3 Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica

Publicada no mesmo ano do decreto 7.508, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações devem ser desenvolvidas de maneira descentralizada e o mais próximo pos-

sível das pessoas, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como organizadora do modelo de atenção (BRASIL, 2011).

Essa portaria estabelece a revisão das normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica, ESF e para a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Trata, entre outros, dos temas a seguir.

- Requalificação das Unidades Básicas de Saúde.
- Alteração da carga-horária de trabalho do profissional médico na ESF.
- Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Programa Saúde na Escola (PSE).
- Equipes de Saúde Ribeirinhas e Unidades da Família Fluvial.
- Financiamento da Atenção Básica.

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e (ou) de minorar danos e sofrimentos desta; ou se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.



Para que você entenda melhor a que se propõe essa portaria, elencamos a seguir os principais fundamentos e diretrizes da Atenção Básica (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2012).

- I. Apresentar território adscrito, permitindo o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade.
- II. Viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.



A nova PNAISP alinha-se à PNAB garantindo a inclusão, com equidade, da população privada de liberdade na rede do território. A universalização do SUS se completa sem introduzir distorções que pudessem desembocar em um subsistema ou na criação de níveis de atenção de contornos indefinidos e acesso exclusivo ao preso.

- III. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
- IV. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e das coletividades; trabalhando de modo multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de maneira que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe.
- V. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde com base em lógicas mais centradas no usuário e no exercício amplo do controle social.



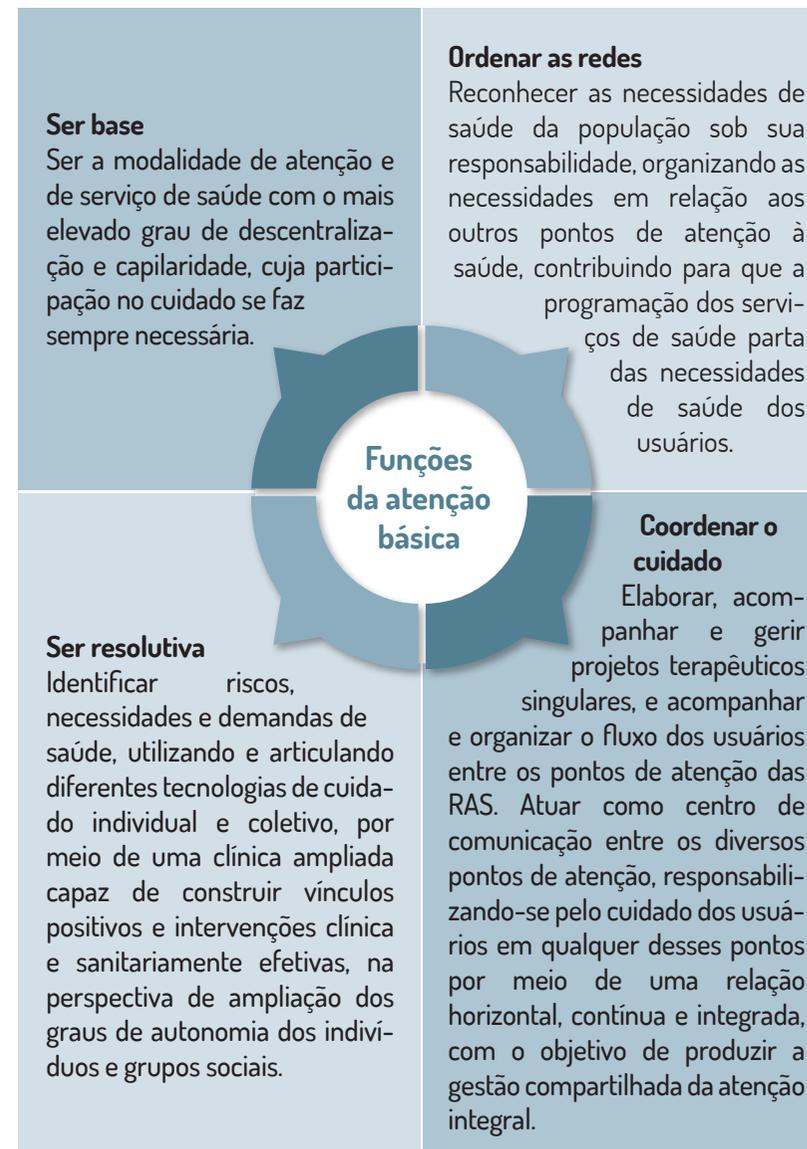
A Portaria instrui sobre as funções da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definida, conforme normatização vigente do SUS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de modo complementar e com base territorial.

Entre os atributos dessas redes destacam-se os seguintes:

- estruturação da Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema;
- constituição de equipe multidisciplinar, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde da população.

A Portaria define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Neste sentido, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, as quais estão descritas a seguir (BRASIL, 2011).



| Figura 13 – Funções da Atenção Básica.  
Fonte: do autor (2014).



A PNAB consolida e atualiza a política vigente, mantendo a ESF como estratégia recomendada para a Atenção Básica. Inova no processo de trabalho, introduzindo algumas adaptações ao acesso, implantando o acolhimento com classificação de risco e integrando à Atenção Básica equipes de atenção domiciliar e de apoio matricial.

Propõe uma Atenção Básica mais fortalecida e ordenadora das redes de atenção, como estratégia central para o estabelecimento de linhas de gestão do cuidado, buscando o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Por meio da implantação do Sistema Nacional de Satisfação do Usuário e do Portal de Transparência do SUS, fortalece o controle social e a participação da comunidade. Apresenta o novo sistema de informação da Atenção Básica e fomenta a integração dos sistemas de informação, a nova política de regulação e a implantação do Cartão Nacional do SUS.

Além disso, a PNAB ampliou e revisou o financiamento da Atenção Básica e propôs repactuação da gestão tripartite e do papel dos estados, incluindo apoio institucional e cofinanciamento, além de educação permanente e coordenação estadual da política (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2012).



A PNAB afirma que os estados devem participar do financiamento da atenção primária à saúde. Entretanto, não estabelece valores. Desta forma, não é possível estimar resultados relacionados à implementação dessa diretriz.

Na PNAISP, o financiamento participativo dos estados é equivalente a 20% do total do incentivo de custeio repassado pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios aderentes.

A consolidação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um ponto importante da PNAB. Esses núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiar os profissionais das ESF e das equipes de AB que atendem populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais e Academia da Saúde).

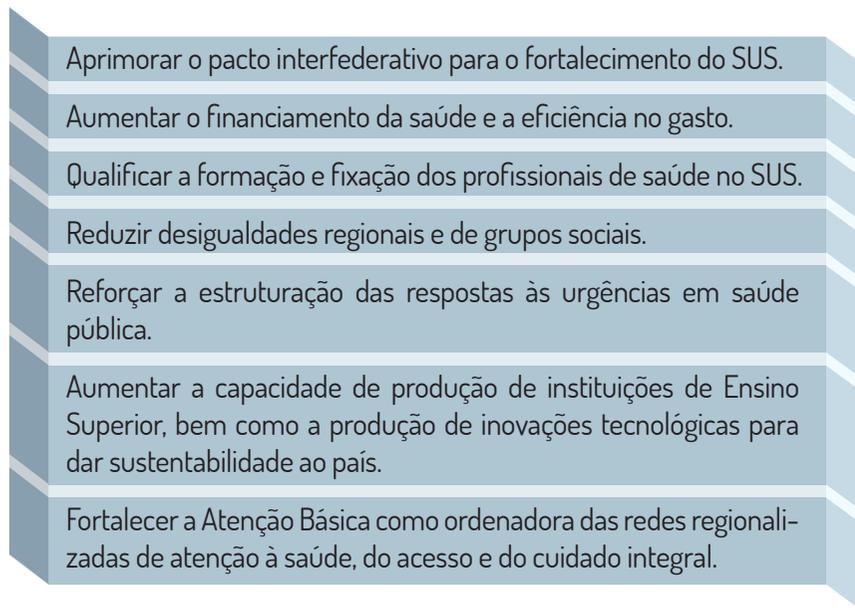
As equipes de NASF compartilham práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes para populações específicas, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) à(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes.

Os NASF fazem parte da Atenção Básica. Entretanto, não são serviços com unidades físicas independentes ou especiais, nem são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo – estes, quando necessários, devem ser oferecidos pelas equipes de AB.

Devem, tomando por base as demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e (ou) Academia da Saúde, atuar de maneira integrada à RAS e seus serviços – exemplos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), ambulatórios especializados etc. Devem também atuar integradamente a outras redes, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), além de redes sociais e comunitárias (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2012).

Apesar de termos uma boa estrutura de regulamentação da saúde, sabemos que ainda há muito a ser feito para que os objetivos sejam alcançados. Entre os desafios atuais na gestão da saúde podemos destacar os listados a seguir.





| Figura 14 – Desafios atuais na gestão da saúde.  
Fonte: BRASIL (2014).



Para conhecer um pouco mais sobre os desafios da gestão em rede, acesse o artigo intitulado “O Sistema Único de Saúde Brasileiro: Desafios da Gestão em Rede”, de autoria de Sonia Fleury e Assis Ouverney. Disponível em: <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-44642012000200007](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642012000200007)>.

Diante de tudo que foi apresentado nesta unidade, podemos ver o tamanho da responsabilidade do nosso sistema de saúde.

Ele é jovem e muitos avanços já foram alcançados. Porém, ainda temos muitos desafios a serem superados, em especial agora, com a inclusão de um contingente cuja estimativa para o final de 2014 é de já ter ultrapassado 600 mil pessoas privadas de liberdade.

Entendemos que a construção da saúde se dá de maneira dinâmica e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas. Portanto, esperamos que você esteja disposto a abraçar essa causa e utilizar todos os instrumentos e dispositivos que foram apresentados nestas unidades e muitos outros que regulamentam a saúde, para tentar oferecer um atendimento de qualidade e resolutivo para a demanda das pessoas privadas de liberdade, que contam com os mesmos direitos à saúde que os demais cidadãos.



## 2.3 Resumo da unidade

Nesta unidade você foi apresentado à linha do tempo da criação do Sistema Único de Saúde e a várias regulamentações que o foram conformando nessas duas décadas de sua existência. Observou que tratamos mais especificamente do Decreto 7.508 e da Portaria 2.488, ambos datados de 2011, normativas atualmente vigentes.

Por fim, foram apresentados alguns dos desafios que encontramos para que essas legislações sejam postas em prática.

## 2.4 Recomendação de leituras complementares

1. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde:

<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a15v37n99.pdf>>

2. SUS – avanços e desafios:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass\\_progestores/sus\\_avancos\\_desafios.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf)>





# Unidade 3

Redes de atenção  
à saúde

## 3.1 Introdução da unidade

Na unidade anterior, você foi convidado a refletir sobre o SUS e os avanços alcançados nos últimos anos. Além de todas as melhorias ocorridas, ainda é evidente a dificuldade para superar a intensa fragmentação das ações e dos serviços de saúde.

Pensando neste contexto, surge o estímulo à organização das Redes Integradas de Atenção à Saúde (RAS) como tentativa de garantir o cuidado à saúde de maneira contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e das diretrizes do SUS.



| Figura 15 – Redes de Atenção à Saúde (RAS).  
Fonte: Pedro Paulo Delpino (2014).

Nesta unidade pretendemos apresentar a estrutura em rede de atenção à saúde para fins de identificação das potencialidades para garantia do cuidado integral à saúde de todos os cidadãos.

## 3.2 O que é uma rede de atenção à saúde?

As redes de atenção à saúde (RAS) são dispositivos organizados com o intuito de proporcionar atenção integral à população, mediante uma oferta contínua de cuidados que visam à promoção e à prevenção de agravos à saúde. Ou seja, é também uma forma de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde da população brasileira e de consolidar os princípios do SUS, como rege a Lei Orgânica 8.080/1990.

### Lei Orgânica 8.080/1990

Art. 7º, inciso II: “[...] integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos [...]”.

Art. 10º: aponta “arranjos organizacionais para as redes loco-regionais através de consórcios intermunicipais e distritos de saúde como forma de integrar e articular recursos e aumentar a cobertura das ações”.





Confira a íntegra da lei no endereço eletrônico <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>.

Propostas para lidar com processos complexos de gestão e atenção em saúde, as RAS objetivam integrar ações e serviços com a finalidade de prover acesso aos serviços públicos de saúde e superar as deficiências desse acesso, reorganizando a atenção para que se supere a fragmentação do sistema e se estimule a participação da sociedade civil.

Dessa forma, as RAS são definidas segundo a Portaria GM n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010 como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Atualmente as RAS ganham força como arranjos organizacionais em um contexto da política de regionalização regulamentada pelo Decreto 7.508 de 2011. Esse decreto define rede de atenção como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Com objetivos claros, o estabelecimento das RAS volta-se à integração sistêmica de ações que propiciem a qualidade da atenção e o incremento do desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além de eficiência econômica. Veja no organograma adiante a descrição dos seus objetivos.

### Redes de atenção à saúde

- ORGANIZADAS por critérios de eficiência microeconômica na aplicação dos recursos
- INTEGRADAS a partir da complementaridade de diferentes densidades tecnológicas
- OBJETIVADAS pela provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada à saúde
- CONSTITUÍDAS mediante o planejamento, a gestão e o financiamento intergovernamentais cooperativos
- VOLTADAS para as necessidades populacionais de cada espaço regional singular

| Figura 16 – Organograma RAS.  
Fonte: adaptado de BRASIL (2011).



A RAS desafia as peculiaridades do cenário brasileiro atual, caracterizado pela diversidade social, econômica e de contextos de saúde da população, buscando integrar a complexa inter-relação entre acesso, qualidade, custo e efetividade.

Para realizar todo seu potencial, as RAS são compostas por cinco elementos que formam sua estrutura operacional (MENDES, 2010):

- centro de comunicação – atenção primária à saúde (APS);
- pontos de atenção à saúde secundários e terciários – UPAS e hospitais;
- sistemas de apoio – centros de diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde;
- sistemas logísticos – cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde;
- sistema de governança.

Atendendo à lógica de organização do SUS, a localização estratégica da APS como centro de comunicação reafirma seu papel como principal porta de entrada do sistema, sendo responsável por coordenar o caminho do usuário até os outros pontos de atenção da rede quando suas necessidades não puderem ser atendidas somente por ações locais.

Para promover a ligação eficaz entre os pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio, existem os sistemas logísticos que visam facilitar a comunicação por meio das tecnologias de informação. Já o quinto elemento, o sistema de governança, permite a gerência de todos os componentes das redes por meio de estratégias de gestão, financiamento e informação.

Dessa forma, vão gerir, de maneira compartilhada e interfederativa, as relações entre as outras quatro estruturas operacionais, com vistas a obter maior interdependência e melhores resultados sanitários e econômicos (MENDES, 2010).

Agora que sabe o que é RAS e conhece a estrutura operacional, você já se perguntou quais sistemas de apoio pode adicionar quando se trata da saúde das pessoas privadas de liberdade?



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 carcerária.

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. Assim, a Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP) poderá contar com um grupo de agentes de saúde privados de liberdade, equivalentes aos agentes comunitários de saúde, além de educadores populares em saúde e todos os atuais e futuros programas do SUS.



Ao mesmo tempo, a RAS deverá incluir elementos da assistência social (SUAS), do âmbito da justiça e da segurança pública, os conselhos de direitos e as entidades da sociedade civil existentes no seu território, visto que são estruturas dinâmicas e móveis que podem se apresentar de diferentes formas, pois são construídas e dimensionadas baseando-se na realidade local de cada território.

Até aqui vimos o que é RAS, seus objetivos, características e elementos constitutivos. Agora, é importante conhecer seus eixos temáticos e suas possibilidades.



Para aprofundar seus conhecimentos sobre Redes de Atenção em Saúde, leia o artigo “Redes de Atenção em Saúde”, de Eugênio Vilaça Mendes, publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>.

### 3.2.1 Redes temáticas do Sistema Único de Saúde

No Brasil, nos sistemas municipais e estaduais de saúde, é possível identificar diversas redes temáticas. Mas, o que difere as RAS das redes temáticas?

As redes temáticas são exatamente as redes de atenção à saúde, porém voltadas a usuários ou situações específicas de saúde.

Constituem-se como um recorte longitudinal, no modelo hierarquizado, incluindo todos os serviços de diferentes níveis, voltados ao atendimento de um grupo populacional ou de um agravo específico ou ainda de uma fase do ciclo de vida em uma dada população, como a Rede de Atenção Psicossocial, cujo tema central é a saúde mental ou a rede Cegonha (materno-infantil), que adquirem importância e configuração muito peculiares no sistema prisional.

No entanto, é importante destacar que a percepção do sistema de saúde apenas pelo modelo hierarquizado e (ou) por redes temáticas pode contribuir para a fragmentação desses sistemas, em que a falta de articulação entre os níveis compromete a qualidade e a resolutividade da assistência prestada aos usuários (LAVRAS, 2011).

Neste contexto, o desafio encontra-se na organização de sistemas plenamente integrados de saúde, em que as redes temáticas de atenção não funcionem como uma consulta especializada, mas como um dispositivo organizacional, para promover a integração das ações e dos serviços de saúde ofertados.

Conheça, na tabela a seguir, as cinco redes temáticas cuja construção o Ministério da Saúde está priorizando. Todas são transversalizadas pelos temas **qualificação e educação, informação, regulação, promoção e vigilância à saúde**.



### Rede Cegonha – atenção obstétrica e neonatal

Trata-se de um conjunto de medidas que garante às mulheres e às crianças uma assistência adequada, humanizada e de qualidade durante gravidez, parto e puerpério. Entre essas medidas incluem-se: ampliação do acesso; melhoria da qualidade do pré-natal e da vinculação da gestante à unidade de referência; transporte seguro; implementação de boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses; acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Você pode conhecer um pouco mais sobre essa rede de atenção temática. Acesse a portaria e o manual prático para implementação da rede cegonha disponíveis em:

- <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>
- <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>>

### Rede de Atenção à Urgência e Emergência

Objetiva reorganizar o atendimento de urgência e emergência na rede pública de saúde, visando ampliar e qualificar o acesso humanizado do usuário, garantindo atendimento rápido e com qualidade.

Você pode conhecer um pouco mais sobre essa rede de atenção temática. Acesse a portaria e o manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde, disponíveis em:

- <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>
- <[http://www.amparo.sp.gov.br/sites/default/files/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias\\_0\\_0.pdf](http://www.amparo.sp.gov.br/sites/default/files/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias_0_0.pdf)>



<b>Rede de Atenção Psicossocial</b>	
Pretende ampliar o acesso à atenção psicossocial de maneira articulada e efetiva nos diferentes níveis de atenção, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências das pessoas em sofrimento psíquico e (ou) com demandas decorrentes dos transtornos mentais e (ou) do consumo de álcool, crack e outras drogas.	Você pode conhecer um pouco mais sobre essa rede de atenção temática. Acesse a portaria disponível em: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;<a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html</a>&gt;</li> </ul>
<b>Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência</b>	
Visa garantir a atenção integral às pessoas com deficiência, buscando ampliar o acesso e qualificar o atendimento no SUS às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua.	Você pode conhecer um pouco mais sobre essa rede de atenção temática. Acesse a portaria disponível em: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;<a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html</a>&gt;</li> </ul>
<b>Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas</b>	
Recém-instituída, esta rede visa ampliar a prevenção e o tratamento do câncer e das doenças crônicas em todas as unidades do SUS, adequando ações às necessidades de cada região. Atualmente se inicia pelo combate ao câncer a partir da intensificação da prevenção e do controle do câncer de mama e de colo do útero.	Você pode conhecer um pouco mais sobre essa rede de atenção temática. Acesse a portaria e o folheto explicativo do Ministério da Saúde, disponíveis em: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;<a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0102_03_02_2012.html">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0102_03_02_2012.html</a>&gt;</li> <li>• &lt;<a href="http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/593753004eb69373897b9bf11fae00ee/12_rede.pdf?MOD=AJPERES">http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/593753004eb69373897b9bf11fae00ee/12_rede.pdf?MOD=AJPERES</a>&gt;</li> </ul>

| Tabela 1 – Cinco redes temáticas priorizadas pelo Ministério da Saúde.  
Fonte: do autor (2014).





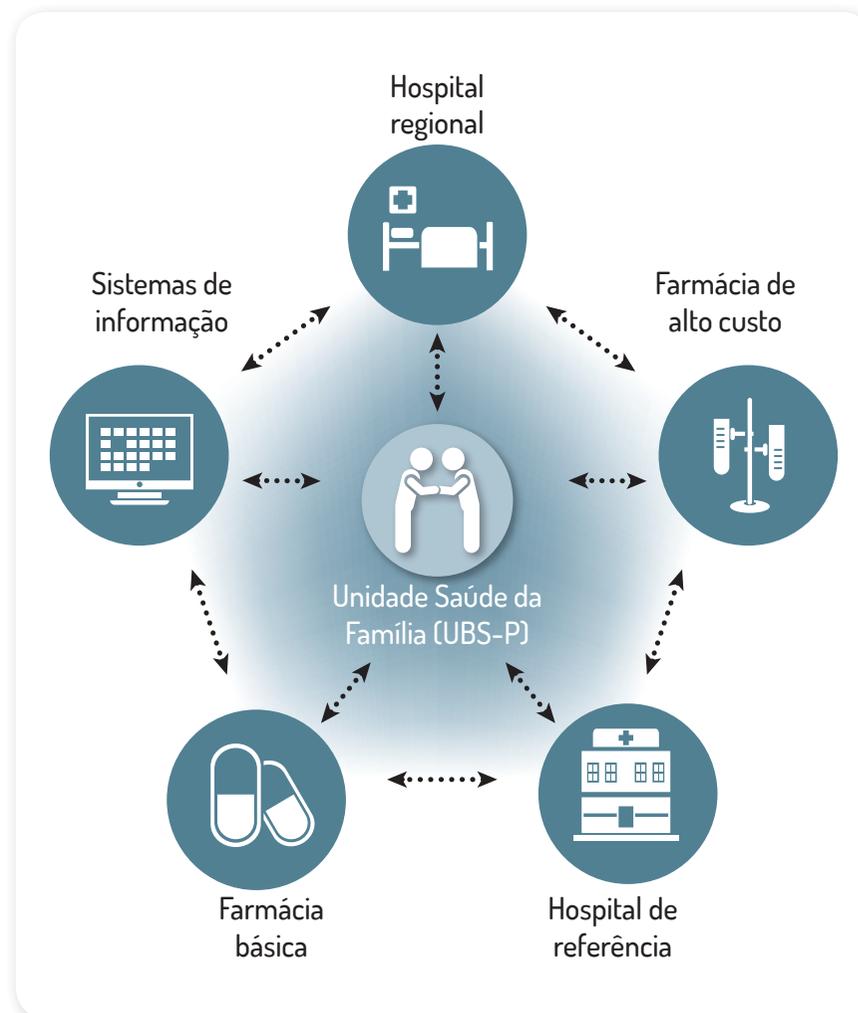
Agora que sabe quais são as redes temáticas priorizadas pelo Ministério da Saúde, você consegue identificar seu funcionamento na sua localidade?

### 3.3 O papel das equipes de atenção básica nas redes de atenção à saúde

Para legitimar frente à sociedade a organização da atenção à saúde em redes, é preciso garantir a resolutividade e a integralidade da atenção, a fim de suprir as necessidades em saúde da população sob seu cuidado. Dessa forma, como afirma Erno Harzheim (2011), “vamos reforçar e validar a legitimidade da atenção básica em saúde como eixo coordenador do fluxo”.

Neste contexto, torna-se fundamental que as equipes primárias de saúde estejam organizadas e operando da melhor forma possível, pois se compreende que você, profissional da saúde, desempenha a importante função de coordenação dos cuidados. Essa função pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, de maneira que, independentemente do local em que sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.

Observe na figura a seguir que a posição é estratégica junto ao fluxo da atenção à saúde, potencializando a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema.



| Figura 17 – Coordenação dos cuidados.  
Fonte: do autor (2014).



As especificidades do atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde são primordiais. Exigem dos profissionais habilidades e conhecimentos diferenciados para cada caso, tendo em vista que se devem considerar a necessidade do usuário, as características do serviço e os mecanismos disponíveis.

Assim, para oferecer um atendimento de qualidade, você precisa identificar as organizações, os serviços e todo o aparato social que possam contribuir e tenham disponibilidade de atuação em sua área de abrangência. Na sequência, é necessário definir o fluxo, os mecanismos de acesso e o manejo dos casos em cada ponto identificado. Desta forma, você estará contribuindo com a construção de uma rede de atenção.

Para a inclusão da população prisional, levando em consideração a imensa inequidade existente hoje, a PNAISP estimulou que as necessidades e dificuldades fossem discutidas amplamente em CIB e nos CMS e que essa prática permaneça e seja estimulada pelo grupo condutor do estado.

Para definir o fluxo de atenção, é essencial a formalização de vínculos entre os diversos setores. É também importante reconhecer as relações já existentes entre os serviços e promover o reconhecimento dos atores existentes no território. Lembre-se de que a configuração da rede nos territórios varia de acordo com os serviços disponíveis.

Caso em seu território a atenção em rede ainda não esteja completamente estruturada, é possível realizar o acompanhamento e encaminhar as pessoas quando necessário, desde que o profissional tenha ciência dos serviços existentes. Entretanto, o compromisso institucional com a efetivação da rede de atenção

é fundamental ao trabalho, e é o que respalda a atuação dos profissionais de saúde. Portanto, recomenda-se que, caso não haja na instituição o trabalho em redes, é preciso implantá-lo (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003).

Com a absorção da população privada de liberdade, muitas demandas reprimidas serão descobertas, e o redimensionamento e redesenho da rede de atenção à saúde será uma óbvia necessidade.

Para conhecer mais sobre a estruturação de rede de atenção, acesse as diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS, disponível em: <<http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Diretrizes%20para%20organizacao%20redes%20de%20ateno%20SUS21210.pdf>>.



Lembre-se de que a rede não é uma estrutura fixa nem estável. Ela precisa sempre ser construída com base na realidade de cada município, e é necessário que se pactue como serão o funcionamento e as responsabilidades de cada serviço.

A complexidade dessas situações demanda aos profissionais de saúde um entendimento “sob medida” do conceito de rede, colocando o usuário no centro e evitando a redução do conceito à mera operacionalização de um fluxo rígido de cuidado entre serviços e setores.





Convidamos você a refletir sobre a sua prática e as possibilidades de atuar no contexto dos serviços existentes e das possíveis articulações destes, a fim de otimizar a atenção às pessoas privadas de liberdade. Convidamos também a realizar a previsão de quais são os atuais problemas operacionais e organizacionais na rede de seu território e quais seriam as intervenções necessárias: Mudanças nos fluxos? Na regulação? Nas infraestruturas? Ampliação de recursos humanos?

### 3.3.1 Desafios para o trabalho em redes

A assistência integral à saúde permanece como um grande desafio, uma vez que devem ser consideradas todas as dimensões da vida para a prevenção de agravos e promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde.

A Atenção Básica e os diversos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, precisam estar disponíveis para garantir essa assistência. Quando se trabalha em redes de atenção à saúde, o pressuposto é que as RAS garantam o tempo oportuno e os profissionais da unidade básica tenham as melhores condições de atender às demandas da população.

No entanto, sabemos que em muitos lugares não há profissionais disponíveis, serviços especializados, transporte ou mesmo o diálogo entre as várias instituições de saúde – necessidades estas que variam de acordo com cada situação local.

Diante de tal situação, alguns profissionais se perguntam: como proporcionar a assistência integral à saúde? Esse questionamento certamente é feito quando cuidamos da saúde de um apenado. Como proporcionar cuidado integral, uma vez que o deslocamento na rede é limitado e regulado por outra instância?

Pensando em soluções dentro de sua governabilidade, uma das possibilidades é contar com a ajuda do seu gestor e reunir os trabalhadores e (ou) gestores dos diferentes equipamentos de sua localidade para uma conversa, a fim de incitar a pactuação de um trabalho em redes que inclua os diferentes dispositivos envolvidos.

O Conselho Municipal de Saúde também pode ajudar a dirimir disputas. Sendo uma instância deliberativa, pode tomar, de maneira legítima, as decisões importantes para o redesenho e a adaptação da rede.

Uma atitude positiva durante a reunião, visando às potencialidades que podem ser pactuadas, é a que se espera de um “coordenador do cuidado”. Lembre-se de que nenhum cenário de trabalho é ideal e que sempre podemos contribuir para melhorá-lo.

Conhecendo a dificuldade permeada pelos diversos cenários brasileiros, o Ministério da Saúde ressalta em publicação a importância das redes regionalizadas de atenção à saúde, “que consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um



determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos” (BRASIL, 2008, p. 22).

Dessa forma, a organização da atenção à saúde no espaço regional adquire maior efetividade e eficiência, pois as RAS são planejadas, geridas e financiadas de maneira intergovernamental e cooperativa. Isso possibilita o desenvolvimento de soluções adaptadas às necessidades populacionais e reais de cada espaço regional singular.

Essa conformação é um importante avanço, pois permite a obtenção de resultados que superam outras formas de coordenação gerencial da atenção à saúde. A organização em RAS proporciona o acesso, a combinação e o emprego de organizações e

recursos de modo relativamente estável e com grau elevado de flexibilidade. Isso aumenta a capacidade de circulação de informações e competências entre atores e organizações.

Assim, um processo de regionalização fundamentado em um formato de organização em rede permite ampliar significativamente o grau de integração da política de saúde de maneira compatível com os princípios constitucionais do SUS (BRASIL, 2008).

Para saber mais sobre os avanços e desafios na construção do SUS como uma rede de gestão política, observe a tabela a seguir, organizada por Fleury e Ouverney (2012). Destacam-se os principais pontos de avanços e desafios nas relações intergovernamentais: entre Estado e sociedade; entre Estado e mercado.

Aspectos característicos de gestão em rede	Eixos de relações institucionais		
	Relações Intergovernamentais	Relações Estado/Sociedade	Relações Estado/Mercado
Integração de atores autônomos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Municípios e estados com capacidade decisória e integração das bases de gestão e de informações.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Construir relações intergovernamentais horizontalizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Construção de relações de complementaridade entre burocracia e sociedade na elaboração e implementação de programas.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Ampliar o papel das comunidades locais na formulação e implementação de estratégias de atenção à saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Pequena redução do papel hegemônico do setor hospitalar.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Ampliar a independência do SUS em relação ao mercado.</li> </ul>



Aspectos característicos de gestão em rede	Eixos de relações institucionais		
	Relações Intergovernamentais	Relações Estado/Sociedade	Relações Estado/Mercado
Interdependência consistente de recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Fundos em cada esfera de governo com vinculação de recursos financeiros próprios e transferidos pela União.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Ampliar a participação de cada esfera e reduzir as desigualdades na alocação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Inserção de bases filantrópicas de prestadores diversificando e reduzindo a preponderância do mercado.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Definir melhor e regular o papel do terceiro setor na construção do SUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Desafio:</b> Reduzir a dependência do SUS das bases de provisão do mercado; ampliar a capacidade de regulação e controle sobre os contratos.</li> </ul>
Institucionalidade voltada para o planejamento da divisão do trabalho coletivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Estabelecimento do município como gestor do nível primário e demais esferas responsáveis pelos serviços de maior complexidade.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Universalizar o acesso além do nível primário; consolidar a hierarquização entre os níveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Planejamento de políticas mediado pela presença de atores sociais.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Dotar tais atores de maiores competências para ampliar a qualidade de suas intervenções.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Desafio:</b> Transformar a participação do setor privado, tornando-a de caráter complementar; integrar as bases privadas na estratégia de hierarquização.</li> </ul>
Articulação estratégica de competências	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> O estabelecimento de divisão de funções entre União, estados e municípios.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Especificar e consolidar o papel do gestor estadual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Desafio:</b> Ampliar o papel do cidadão usuário no desenvolvimento do SUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Inserção de provedores de acordo com as estratégias de regionalização da atenção.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Consolidar as estratégias de racionalidade econômica na atuação de provedores privados.</li> </ul>



Aspectos característicos de gestão em rede	Eixos de relações institucionais		
	Relações Intergovernamentais	Relações Estado/Sociedade	Relações Estado/Mercado
Construção de convergências em torno de objetivos comuns (valor compartilhado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Participação dos gestores subnacionais na formação das metas nacionais via conferências.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Reduzir o caráter conflituoso das relações federativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Conselhos e conferências permitem a inserção de interesses plurais na definição de diretrizes de política.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Ampliar a capacidade de inserção de setores sociais excluídos na definição de diretrizes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Desafio:</b> Consolidar o conceito de saúde como bem coletivo em detrimento da individualização do risco promovida pelo mercado.</li> </ul>
Presença de arenas de barganha (espaços de negociação e mediação de conflitos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Consolidação das comissões intergestores como espaços permanentes de pactuação entre as esferas de governo.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Desenvolver mecanismos regionais de negociação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Conselhos buscam exercer funções de controle.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Consolidar o papel desses conselhos na ampliação do controle social (avaliação e accountability).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Desafio:</b> Desenvolver mecanismos e instrumentos permanentes para a regulação de parâmetros de contratação.</li> </ul>
Construção coletiva de regras gerais	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Consolidação do papel das instâncias centrais do SUS como reguladoras do processo de descentralização (Comissão Tripartite).</li> <li>● <b>Desafio:</b> Reduzir o papel indutor do Ministério da Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avanço:</b> Consolidação do papel do Conselho Nacional de Saúde como instância de controle na construção dos parâmetros da descentralização.</li> <li>● <b>Desafio:</b> Maior articulação deste com os demais conselhos estaduais e municipais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Desafio:</b> Reduzir a influência de setores econômicos sobre o processo de definição de regulamentações de insumos e serviços.</li> </ul>

| Tabela 2 – Eixos de relações institucionais.

Fonte: FLEURY; OUVÉRY (2012).



## 3.4 Resumo da unidade

Vimos que as redes de atenção à saúde (RAS) são uma forma organizativa da demanda, sempre integradas e apoiadas por outros níveis de atenção do SUS. Para implementá-las, fazem-se necessários esforços tanto do governo quanto da sociedade civil, uma vez que os desafios enfrentados são diversos e concentrados em quatro áreas específicas: financiamento, gestão, orientação dos serviços com base nas necessidades sanitárias da população e valorização social e política da Atenção Primária à Saúde (APS).

Não podemos esquecer que as RAS são constituídas por três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

Para que elas sejam efetivas, eficientes e de qualidade, deve-se ter, antes de tudo, uma APS bem estruturada. Esta deve atuar como centro de comunicação entre os diversos pontos e níveis de atenção, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários. Deve, também, articular outras estruturas, como os sistemas logísticos e de apoio, as relações intersetoriais e a participação social da comunidade.

Como se pôde constatar, as redes, em essência, correspondem à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores em que aí atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da rede, tendo em vista que os usuários caminham nessas redes para buscar atenção à saúde e dependem da eficácia dessa articulação para que suas necessidades sejam atendidas.



## Encerramento do módulo

Concluimos um módulo de grande importância para seu progresso neste curso e para sua vida profissional.

As unidades contêm diversas informações, e o tema se presta a muitas controvérsias num sistema (prisional), que é um importante dispositivo institucional no processo de consolidação da cidadania e no contexto da estrutura jurídico-policial e do SUS.

Ambos são sistemas abrangentes, de naturezas técnica e política, baseiam-se em princípios administrativos e ideológicos, e têm influência fundamental – de uma forma ou de outra –, visível ou imperceptível, na vida de todos os cidadãos. A complexidade desses dois sistemas alia-se à fascinação que exercem sobre nós, pois falamos de um processo vivo de construção e consolidação de cidadania, de conquistas e sonhos. Essas são construções **árduas**, mas muito vivas, com sucessos demonstrados e muitos obstáculos que às vezes parecem intransponíveis.

Neste módulo, procuramos principalmente dar a conhecer a história dessas construções, tomando por base o entendimento de suas lógicas, de suas histórias, seus princípios e suas diretrizes.

No caso do sistema prisional, foi apresentada sua relação com a ideia de punição e de ressocialização, assim como a influência dos movimentos pelos direitos humanos e pela cidadania no avanço para um sistema mais eficiente e humanizado. Abordamos os conflitos, os preconceitos, a ineficiência instalada e a luta para vencer esses desafios, o que levou ao estabelecimento de (ou a tornar pública) uma estrutura legal que inclui, entre seus avanços, a Lei de Execuções Penais e recentes e importantes portarias.

No caso do SUS, apresentamos uma linha do tempo que mostra o passo a passo das regulações, normatizações, leis e portarias que vêm conformando nosso sistema de saúde desde seu início. Olhamos com maior profundidade as Leis Orgânicas da Saúde, as portarias que as regulam, o Pacto pela Saúde, a Política Nacional da Atenção Básica e a importância do trabalho em redes, legitimado pela criação das redes de atenção à saúde.

Essas redes são de particular importância para os profissionais que trabalham com a saúde da população prisional (pessoas privadas de liberdade no estabelecimento prisional), assim como

com a comunidade prisional (familiares dos presos e agentes penitenciários). É por meio do funcionamento em redes que vemos esperanças para um cuidado integral, direito dessas e de todas as pessoas. Daí a importância de conhecer suas lógicas de funcionamento em detalhes e estabelecer as relações pertinentes para podermos incorporá-las ao nosso trabalho cotidiano.

O estudo continuado desses temas nunca será demasiado, será sempre útil e ajudará no aprimoramento do trabalho em saúde em qualquer ponto do sistema, mas principalmente no sistema prisional, em função da vulnerabilidade dessa população. Sugerimos, como exercício, que faça uma proposta de redesenho da rede de saúde do seu território, sugerindo fluxos, dimensionamento e apontando as necessidades de novos dispositivos, equipamentos e recursos humanos.

Discuta com seus companheiros e com seu gestor essas ideias e vá afinando o planejamento. Tanto o documento como o processo de discussão poderão ser úteis em um momento de discussão executiva e de deliberação.

O estudo continuado estimula o desenvolvimento profissional e, dessa forma, ajuda-nos a estabelecer ambientes de trabalho melhores e mais favoráveis à nossa própria saúde e ao nosso bem-estar.



## Referências

ANDREOLI, S. B. et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. **European Psychiatry**, v. 28, 2013. Suplemento 1.

ALVAREZ, M. C.; SALLA, F.; DIAS C. N. Das Comissões de solidariedade ao primeiro comando da capital em São Paulo. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**. v. 25, n. 1, p. 61-82, jun. 2013.

ASSIS, R. D. A realidade atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, v. 11, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewFile/949/1122>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 21 jul.2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1777.htm>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html)>. Acesso em: 21 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. Conselho Nacional do Ministério Público. **A visão do Ministério Público Brasileiro Sobre o Sistema Prisional Brasileiro**. Brasília: MPF, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Sistema penitenciário no Brasil dados consolidados**. Brasília: Ministério da Justiça, 2008.

CHIES, L. A. B. A questão penitenciária. **Tempo Social**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 15-36, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v25n1/02.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica 33 de 2013**: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e normas para sua operacionalização. Brasília: CONASS, 2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2033-202013%20Poli%CC%81tica%20Sau%CC%81de%20Prisional.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

DAMAS, F. B.; OLIVEIRA, W. F. Saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n. 12. p.1-24, 2013.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Linhas gerais e desafios da Política Nacional da Atenção Básica Portaria 2488**. Rio de Janeiro: ENSP, 2012. Disponível em: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_797291880.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_797291880.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2014.

FERNANDES, L. H. et al. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0275.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

FERREIRA, A. R. Crime-prisão-liberdade-crime: o círculo perverso da reincidência no crime. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 509-534, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/08.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

FINKELMAN, J. et al. **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

FLEURY, S.; OUVÉREY, A. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpbg/v11n2-3/v11n2-3a07.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

FRINHANI, F. M. D. **Mulheres aprisionadas**: representando o Universo Prisional. 2004. 146f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade do Espírito Santo, Vitória, 2004. Disponível em: <[http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_450\\_.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_450_.pdf)>. Acesso em: 31 jul. 2014.

GOIS, S. M. et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1235-1276, maio 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a17v17n5.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

HARZHEIM, E. **Inovando o papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2011.



HUNT, P.; KHOSLA, R. Acesso a medicamentos como um direito humano. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 100-121, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/v5n8a06.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

LAVRAS, C. C. de C. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBANÊS, P. E.; SEIXAS, P. (Orgs.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. Disponível em: <[http://www.nesc.ufg.br/uploads/19/original\\_Microsoft\\_Word\\_-\\_DESCENTR\\_e\\_RRAS\\_final\\_2.pdf](http://www.nesc.ufg.br/uploads/19/original_Microsoft_Word_-_DESCENTR_e_RRAS_final_2.pdf)>. Acesso em: 21 jul. 2014.

MARQUES JUNIOR, G. A lei de execuções penais e os limites da interpretação jurídica. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 17, n. 33, p. 145-155, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v17n33/v17n33a11.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1206-1207, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/itms.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C.; MEDEIROS, K. K. A. S. Envelhecimento: significado para idosos encarcerados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 139-148, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a14v16n1.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Ministério Público. **A saúde como garantia fundamental e a política pública como seu limite**. Porto Alegre: MP, 2014. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/dirhum/doutrina/id537.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

SANTOS, E. M. G. Saúde mental e direitos humanos no sistema penitenciário brasileiro. **Tempo Histórico Revista Eletrônica**, Recife, v. 1, n. 1, p. 1-8, jun./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistatempohistorico/index.php/revista/article/viewFile/9/7>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde às mulheres em situação de violência doméstica**. 2. ed. São Paulo, SP: Faculdade de Medicina USP: 2003.

UNIDOS PELOS DIREITOS HUMANOS. **Uma breve história dos direitos humanos**. Los Angeles, EUA: 2014. Disponível em: <<http://www.humanrights.com/pt/what-are-human-rights/brief-history/cyrus-cylinder.html>>. Acesso em: 18 jul. 2014.



ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Regras mínimas para o tratamento de reclusos. In: CONGRESSO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE A PREVENÇÃO DO CRIME E O TRATAMENTO DOS DELINQUENTES, 1, Genebra, 1955. **Anais...** Genebra: ONU, 1955. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-na-Administra%C3%A7%C3%A3oda-Justi%C3%A7a.-Prote%C3%A7%C3%A3o-dos-Prisioneiros-e-Detidos.-Prote%C3%A7%C3%A3ocontra-a-Tortura-Maus-tratos-e-Desaparecimento/regras-minimas-para-o-tratamento-dos-reclusos.html>>. Acesso em: 16 ago 2014.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2014.



## Minicurrículo dos autores

### Helen Bruggemann Bunn Schmitt

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina no ano de 1985 e mestre em Saúde Pública pela mesma universidade em 2006. Especialista em Saúde do Trabalhador (UFSC), Saúde da Família (UFSC), Gestão Estratégica do Serviço Público (UNISUL), Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (ESP) e Apoio na Atenção Básica (UNICAMP). Tem experiência na área hospitalar e de Atenção Básica, nas ações de assistência e de gestão. Experiência de atuação no âmbito municipal e estadual na Atenção Básica, na educação permanente e no planejamento e na gestão de serviços de saúde. Exerce atividade docente na graduação em enfermagem (FASC) e na pós-graduação em EAD na Gestão em Saúde (IFSC). Atualmente atua na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, na Gerência de Planejamento do SUS, sendo responsável pelo fomento à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito da SES.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5906683009334583>>.

### Carolina Carvalho Bolsoni

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009) e mestre em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (2012). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Atualmente desenvolve atividades junto à Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – UNASUS/UFSC e Curso de Capacitação em Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos UFSC/MS. Área de pesquisa: Violência e Saúde; Saúde do Idoso.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/6654871617906798>>.

### Thays Berger Conceição

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFSC). Atualmente desenvolve função de supervisão dos tutores do Curso de Capacitação em Eventos Agudos na Atenção Básica e compõe a equipe técnica de produção de material da UFSC para o UNA-SUS. Área de pesquisa: Violência e Saúde.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/8067887275425001>>.

## Walter Ferreira de Oliveira

Graduado em Medicina pela Escola de Medicina e Cirurgia, da Federação das Escolas Federais Isoladas do Estado do Rio de Janeiro (FEFIERJ), atual Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UniRio (1976). Mestre em Public Health (MPH), University of Minnesota (1989), e Doctor of Philosophy (Ph.D.), Social and Philosophical Foundations of Education Program – University of Minnesota (1994). Atualmente é professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), coordenador do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC, líder do Grupo de Pesquisas em Políticas de Saúde / Saúde Mental (GPPS) e parecerista de várias revistas científicas. Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental – Abrasme (2009-2010) e membro da atual Diretoria (2011-12). Editor científico da revista Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Membro do GT sobre Hospitais de Custódia da Procuradoria Federal de Direitos do Cidadão. Coordenador do GT em Desinstitucionalização do Conselho Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina. Conselheiro de Saúde de Florianópolis, membro eleito da Câmara Técnica e membro da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis. Coordenador dos projetos de extensão Humanizarte e Terapeutas da Alegria (UFSC). Temas de maior interesse: saúde mental coletiva e atenção psicossocial, desinstitucionalização, arte, expressão e saúde, promoção e educação de saúde, psicologia do esporte, metodologias qualitativas, formação profissional, educação social, políticas, planejamento e gestão em saúde.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/7164075918880484>>.

