

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

Águida Luana Veriato Schultz

**O APOIO MATRICIAL COMO METODOLOGIA PARA O
TRABALHO EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL:
fatores favoráveis, desfavoráveis e contribuições.**

Porto Alegre
2018

Águida Luana Veriato Schultz

**O APOIO MATRICIAL COMO METODOLOGIA PARA O
TRABALHO EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL:
fatores favoráveis, desfavoráveis e contribuições.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Míriam Thais Guterres Dias

Porto Alegre
2018

CIP - Catalogação na Publicação

Schultz, Águida Luana Veriato
O APOIO MATRICIAL COMO METODOLOGIA PARA O
TRABALHO EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: fatores
favoráveis, desfavoráveis e contribuições. / Águida
Luana Veriato Schultz. -- 2018.
198 f.
Orientadora: Míriam Thais Guterres Dias.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa
de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social,
Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Prisões. 3.
Trabalho em saúde. 4. Apoio Matricial. 5.
Integralidade. I. Dias, Míriam Thais Guterres,
orient. II. Título.

Águida Luana Veriato Schultz

**O APOIO MATRICIAL COMO METODOLOGIA PARA O
TRABALHO EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL:
fatores favoráveis, desfavoráveis e contribuições.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Míriam Thais Guterres Dias

Aprovada 26 de abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Míriam Thais Guterres Dias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Presidente (Orientadora)

Profa. Dra. Alzira Maria Baptista Lewgoy
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Membro Interno

Profa. Dra. Alice Hirdes
Universidade Luterana do Brasil – ULBRA
Membro Externo à Instituição

Profa. Dra. Renata Maria Dotta
Faculdade de Direito da Fundação Escola Superior do Ministério Público – FMP
Membro Externo à Instituição

À minha mãe, Maria, por tudo, simplesmente.

Ao meu pai, Ronaldo, pela sua constância.

Ao Darlan, pelo carinho e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

À Professora Míriam Dias, pela orientação, a crítica inteligente, pelos impressos e anotações a lápis, pelo compartilhamento e as trocas, enfim, pela amizade e confiança.

Às professoras Alzira Lewgoy e Alice Hirdes, pelas valiosas contribuições e por acompanharem todo o percurso deste trabalho, desde a banca de pré-qualificação à defesa da dissertação.

À Professora Beatriz Gershenson, pelas potentes contribuições na banca de qualificação.

À Professora Renata Dotta, por ter aceito o convite em compor a banca final de defesa da dissertação, pela generosidade e parceria de longa data – minha primeira e eterna preceptora.

À Professora Luciana de Souza, do CAD-Psico da UFRGS, pela consultoria de Análise Temática.

À Capes, pelo fornecimento da bolsa de estudos para a dedicação integral ao mestrado.

Aos(Às) profissionais de saúde participantes da pesquisa, que, com generosidade, compartilharam suas visões e experiências sobre o trabalho em saúde no Sistema Prisional.

A Vitória Fedrizzi, por ter me ajudado na missão quase impossível de desgravação dos áudios e tradução dos artigos.

Às amigas e queridas colegas Claudia, Cristine, Daiane, Eliana, Elsa, Janaíra, Marcela, Marielle e Silvana pelos conhecimentos compartilhados e estudos em conjunto, pelas conversas em momento de insegurança e por todo apoio.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que, de maneira direta ou indireta, contribuíram significativamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

Objetivo: Compreender como os fatores estruturais, gerenciais, culturais e epistemológicos afetam o trabalho de uma Equipe de Atenção Básica prisional (EABp) e em que medida a metodologia de Apoio Matricial pode contribuir para o trabalho desta equipe. **Método:** Pesquisa-ação exploratória-descritiva e transversal realizada com 10 profissionais de saúde integrantes de uma EABp implantada em uma penitenciária feminina na região metropolitana do estado do Rio Grande do Sul – Brasil. Os instrumentos utilizados foram: técnica de grupo focal e ferramentas de Apoio Matricial (interconsulta, elaboração de planos terapêuticos e oficinas temáticas de educação permanente). As matrizes teóricas que orientaram o estudo foram a Taxonomia de Necessidades de Saúde e o Método Paideia, utilizados com teorias de médio alcance. Os dados foram analisados a partir da Análise Temática indutiva complementada por Ciclos de Codificação. **Resultados:** Foram construídos dois eixos temáticos, “Fatores desfavoráveis e favoráveis ao trabalho da EABp” e “Contribuições da metodologia de Apoio Matricial”, que se desdobraram em 11 subtemas, evidenciando: processos de precarização do vínculo ocupacional e das condições materiais de trabalho; relações hierárquicas e pouco dialógicas; correlação entre escassez de serviços sociais na prisão e medicalização da assistência; barreiras para inclusão das reclusas e egressas na Rede de Atenção à Saúde; ambiente estressor e saúde do trabalhador; atributos do acolhimento em saúde como fator favorável ao enfrentamento da cultura prisional; e o matriciamento como estratégia para o trabalho colaborativo e integrado entre os setores da prisão e em rede. **Conclusão:** O trabalho da EABp resulta dos fatores de macro e microgestão da clínica (contextuais e individuais) que afetam a qualidade do cuidado prestado, e por eles é influenciado. Há lacunas importantes na assistência e na gestão da Política de Saúde Prisional (fragmentação e desresponsabilização), facilitando aos problemas de saúde da população prisional passarem despercebidos e, por vezes, sem o acompanhamento adequado. A metodologia de Apoio Matricial mostrou-se uma ferramenta estratégica, que amplia a capacidade de cooperação, comunicação, integração, autogestão e responsabilização pelo cuidado em saúde, tanto na prisão quanto na rede assistencial, sendo esta última um desafio para a saúde no Sistema Prisional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Prisões; Trabalho em Saúde; Apoio Matricial; Integralidade.

ABSTRACT

Objective: To understand how the structural, managerial, cultural and epistemological factors affect the work of a Prison Basic Attention Team (EABp) and to what extent the Matrix Support methodology can contribute to the work of this team. **Method:** Exploratory descriptive and cross-sectional research carried out with 10 health professionals who are members of a EABp located in a female penitentiary in the metropolitan region of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The instruments used were: focus group technique and Matrix Support tools (consultation, elaboration of therapeutic plans and thematic workshops of permanent education). The theoretical matrices that guided the study were the Health Needs Taxonomy and the Paideia Method, used with medium range theories. The data were analyzed from the Inductive Thematic Analysis complemented by Coding Cycles. **Results:** Two thematic axes were constructed, "unfavorable and favorable factors to the work of the EABp" and "Contributions of the methodology of Matrix Support", which unfolded in 11 subtopics, showing: processes of precariousness of the occupational bond and of the material conditions of work; hierarchical and little dialogical relationships; correlation between the lack of social services in prison and medicalization of care; barriers to inclusion of inmates and graduates in the Health Care Network; stress and worker health; attributes of health care as a factor favorable to coping with prison culture; and matricing as a strategy for collaborative and integrated work among the prison and network sectors. **Conclusion:** The work of the EABp results from the macro and micromanagement factors of the clinic (contextual and individual) that affect the quality of care provided, and are influenced by them. There are important gaps in the assistance and management of the Prison Health Policy (fragmentation and lack of accountability), making it easier for the prison population's health problems to go undetected and sometimes without adequate follow-up. The Matrix Support methodology has shown itself to be a strategic tool that enhances the capacity for cooperation, communication, integration, self-management and accountability for health care, both in prison and in the care network, the latter being a challenge for health in the Prison System .

Keywords: Primary Health Care; Prisons; Health Work; Matrix Support; Integrality

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Evolução histórica da habilitação de EABp no Rio Grande do Sul.....	51
Figura 2. Organização dos dados no NVIVO.....	83
Figura 3. Movimento do esquema analítico.	86
Figura 4. Mapa teórico-analítico dos fatores desfavoráveis, favoráveis e contribuições da metodologia de Apoio Matricial.....	154

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Cobertura da Atenção Básica no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul.	52
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Diretrizes federais sobre atenção à saúde no Sistema Prisional (setembro de 2003 a janeiro de 2014).	29
Quadro 2. Diretrizes federais sobre atenção à saúde no Sistema Prisional (de janeiro 2014 a dezembro de 2017).....	36
Quadro 3. Atributos essenciais/exclusivos e derivativos da Atenção Primária à Saúde	41
Quadro 4. Diretrizes estaduais sobre atenção à saúde no Sistema Prisional do RS (2005 - 2017).	47
Quadro 5. Financiamento das EABp conforme Resolução CIB/RS nº 453/11.....	50
Quadro 6. Uma Taxonomia de necessidades de saúde.....	57
Quadro 7. Conceitos norteadores do Apoio Matricial.....	66
Quadro 8. Ferramentas da metodologia do Apoio Matricial.....	68
Quadro 9. Desenvolvimento do Grupo Focal.	76
Quadro 10. Organização e programação da Pesquisa-Ação.	77
Quadro 11. Fases da Análise Temática.	81
Quadro 12. Regras para a transcrição.....	82
Quadro 13. Ciclos de Codificação utilizados na Análise Temática.	84
Quadro 14. Temas e subtemas construídos a partir dos dados empíricos.	87

SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
SCNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAS	Departamento de Ações de Saúde
DTP	Departamento de Tratamento Penal
EABp	Equipe de Atenção Básica prisional
EAP	Equipe de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
FMP	Fundação Escola do Ministério Público
IASSP	Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário
IAIC/US	Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología de La Universidad de Sevilla/España
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPF	Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso
LEP	Lei de Execução Penal
MPL	Mulher Privada de Liberdade

OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB-V	Piso de Atenção Básica Variável
PAIPJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAMPE	Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
POE	Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População
PPL	Pessoas Privadas de Liberdade
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RS	Rio Grande do Sul
SES/RS	Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SSP	Secretaria de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEPE	Superintendência dos Serviços Penitenciários
UBSp	Unidade Básica de Saúde prisional
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: REVISÃO DOCUMENTAL	24
2.1.1 Parâmetros Normativos Federais: de 2003 a 2014	28
2.1.2 Parâmetros Normativos Federais: de 2014 a 2017	35
2.1.3 Parâmetros normativos do estado do Rio Grande do Sul: de 2005 a 2017.....	45
2.2 TRABALHO EM SAÚDE: UMA TAXONOMIA DE NECESSIDADES DE SAÚDE E O MÉTODO PAIDEIA.....	56
2.2.1 Interfaces do Método Paideia: a metodologia de Apoio Matricial	63
3 PERCURSO METODOLÓGICO	71
3.1 DELINEAMENTO	72
3.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	74
3.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	79
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	88
4.1 FATORES DESFAVORÁVEIS E FAVORÁVEIS AO TRABALHO DA EABp	88
4.1.1 Precarização do trabalho.....	88
4.1.2 Conflitos entre os Setores da Penitenciária	98
4.1.3 Ocupação do tempo em prisão.....	107
4.1.4 Medicalização.....	118
4.1.5 Barreiras para inclusão das reclusas na RAS.....	125
4.1.5 Barreiras para inclusão das egressas na RAS	131
4.1.6 Danos à saúde do trabalhador.....	136
4.1.7 Atributos do Acolhimento e a relação profissional-usuário	138
4.2 CONTRIBUIÇÕES DA METODOLOGIA DE APOIO MATRICIAL	144
4.2.1 Comunicação e cooperação entre os Setores da Penitenciária	145
4.2.2 Projeto terapêutico e trabalho integrado em Rede.....	149
4.2.3 Reestruturação do trabalho	151
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS	161
ANEXO A – PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA	186
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS	190
ANEXO C – PARECER COMISSÃO DE PESQUISA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UFRGS.....	191
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	193
APÊNDICE B – ROTEIRO GRUPO FOCAL	195
APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA DISCUSSÃO DE CASO E PLANO DE CUIDADO.....	196
APÊNDICE D – MAPA TEMÁTICO EMPÍRICO DA DISSERTAÇÃO.....	198

1 INTRODUÇÃO

O total das pessoas privadas de liberdade (PPL) no Brasil, em 2014, chegou a 715.665, conferindo ao país a terceira maior população carcerária do mundo (WALMSLEY, 2017). Contextualizando para a realidade do estado do Rio Grande do Sul (RS), atualmente há 31.132 (94,50%) homens e 1.812 mulheres (5,50%), totalizando 32.944 PPL no Sistema Prisional. O percentual da população prisional feminina mantém-se em torno de 5-9% (RIO GRANDE DO SUL, 2016), percentual similar ao de estudos nacionais e internacionais referentes ao tema.

Portanto, entender a vulnerabilidade das PPL é fundamental devido, especialmente, ao crescente aumento do contingente populacional em ambientes de confinamento e à exigência de pensar estratégias para que o cuidado em saúde seja desenvolvido considerando as necessidades dessas pessoas, uma vez que, além do já citado, percebe-se que o seu perfil é composto por jovens negros/as, de baixa escolaridade e renda, bem como marcado por condições adversas à saúde. A militarização da justiça criminal reforça esse contexto, através de suas práticas seletivas, denunciando uma realidade marcada pela “guerra às drogas” e a “criminalização da pobreza” (WACQUANT, 1999, 2008; KARAM, 2015).

Quando em prisão, o que tem prevalecido, até o presente, é o distanciamento da pena privativa de liberdade da sua função reintegradora à qual deveria se prestar (como as altas taxas de reincidência atestam), bem como as falhas do Estado na obrigação fundamental de garantir a integridade física dos indivíduos sob custódia nas unidades prisionais (DARKE; KARAM, 2016). Não obstante, na situação de detenção (sob tutela do Estado, portanto) as pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania e, sendo assim, qualquer que seja a natureza da transgressão, os detentos mantêm os direitos fundamentais como seres humanos, o que inclui aquele referente à saúde.

A prestação de cuidados de saúde em ambientes de privação de liberdade é uma questão importante, embora, muitas vezes, negligenciada pelo poder público. O princípio internacional da equivalência de cuidados de saúde nas prisões, onde os padrões de atenção e oferta de serviços devem ser equivalentes aos fornecidos na

comunidade em geral, é mundialmente reconhecido como uma necessidade de saúde pública (WHO, 2007).

Planejar e executar políticas de atenção à saúde voltadas às PPL são preocupações globais (WHO, 2007). No Brasil, esse direito conta com aparatos legais como: a Lei de Execução Penal (LEP), de 1984; a Constituição Federal de 1988; as Leis Orgânicas nº 8.080 e 8.142, de 1990, que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS); o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003; e a recente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014. Tais aparatos serão detalhados no próximo capítulo.

Os profissionais de saúde têm, institucionalmente, feito parte do ambiente prisional desde 1984, a partir da LEP, que contemplava então o atendimento médico e odontológico voltado aos presos (BRASIL, 1984). Em 2003, com a implementação de Equipes de Atenção Básica prisional (EABp), foi possível ampliar o escopo da atenção à saúde nas prisões, redirecionando-a aos princípios e diretrizes do SUS e condizendo com os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). Essas equipes visam garantir o acesso às ações integrais de saúde, entre as quais, a prevenção, o diagnóstico, a redução de danos e o tratamento das principais doenças que atingem as PPL (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014).

O RS foi um dos primeiros estados da federação a aderir ao extinto PNSSP, implantando equipes de saúde em unidades prisionais de seu território. Desde então, a Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional do RS tem por objetivo a garantia do acesso ao atendimento integral à saúde em nível de APS e segue as diretrizes da recente PNAISP (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Estudos evidenciam que a disponibilidade e o acesso a um conjunto de ações e serviços influenciam a saúde da população prisional, mas não o suficiente para resolver os problemas demandados (FERNANDES *et al.*, 2014; BARSAGLINI; KEHRIG; ARRUDA, 2015; MINAYO; RIBEIRO, 2016). Sendo assim, não basta aumentar a disponibilidade e o acesso ao atendimento; é preciso pensar que tipo de atendimento é esse. O modo como o serviço em saúde é oferecido potencializa seu grau de resolubilidade. A origem e o transcurso histórico, as diferentes conformações e os espaços em que se situam têm relação direta com a maneira de

executar o trabalho em saúde, ou seja, com o modelo de orientação do processo de trabalho.

Para tanto, quando se fala em processo de trabalho, remete-se necessariamente aos objetivos deste, aos sujeitos que agem, ao objeto da ação e aos meios disponíveis e utilizados na execução da ação (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). Para entender e transformar o serviço em saúde no ambiente prisional de modo que se torne mais eficiente e eficaz, é essencial considerar esses elementos e suas especificidades.

No processo de trabalho no campo da saúde, é preciso levar em conta que os usuários do atendimento são também, direta e imediatamente, sujeitos ou agentes do processo, e suas demandas e necessidades são objetos desse mesmo processo (CAMPOS *et al.* 2014; MENDES, 2015). Tal conceito é fundamental para, diante dos principais agravos à saúde no ambiente prisional, ter clareza da necessidade da prevenção, da promoção, da reabilitação e da cura, ampliando a capacidade para o autocuidado, a corresponsabilização e a coparticipação dessa população privada de liberdade.

As equipes de saúde responsáveis por territórios com essa população precisam estar preparadas para atuar num ambiente com diversas peculiaridades. Entre elas, o fato de haver barreiras para o acesso aos recursos desse território. Da mesma forma, a equipe gestora local do SUS deverá ser especialmente sensível ao redesenho de processos e dispositivos, a fim de gerar equidade, qualidade e efetividade na prestação de saúde para as PPL. Portanto, pensar como se desenvolve o processo de trabalho das EABp e quais suas particularidades foram alguns questionamentos que se tornaram indispensáveis para investigar o fenômeno proposto nesta dissertação.

No terreno das afinidades, vale salientar que a mestrandia vem estudando esta temática desde o início de sua vida profissional: inicialmente, na qualidade de residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do RS (2012-2013) e, posteriormente, na ênfase de Saúde da Família e Comunidade, pelo Grupo Hospitalar Conceição (2014-2015). Em ambos os casos, um dos cenários de formação foi a Área Técnica da Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional, do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do RS (DAS/SES-RS).

Desde então, tem acompanhado o assunto e contribuído para o planejamento e a execução de projetos de intervenção e, especialmente, de pesquisas no âmbito da gestão estadual, com foco na APS no Sistema Prisional. Entre as primeiras experiências, cita-se a contribuição no processo de implementação do Apoio Institucional às EABp, em todo o território gaúcho (SCHULTZ et. al, 2014). As perspectivas narradas pelos profissionais de saúde, durante os encontros de Apoio Institucional, formaram um banco de dados exploratório que, posteriormente, serviu de informação basilar para o delineamento de projetos de pesquisa mais amplos, um deles voltado para o Apoio Matricial no Sistema Prisional.

No que se refere ao Apoio Matricial, ainda na qualidade de residente da Área Técnica, foi coautora do projeto de pesquisa “A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do RS (FAPERGS) através do Edital: “Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS)”. Foi o único estudo, na ocasião, coordenado e operacionalizado por um órgão público de gestão da saúde que não instituição de ensino superior. Note-se que, na época, teve o mérito de estar no *ranking* das três melhores pesquisas no âmbito do SUS do RS. Destas, era a única de caráter qualitativo.

A pesquisa foi realizada no período de 2013 a 2015, e a fase de análise dos dados foi desenvolvida a partir da entrada da mestrandia no programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da UFRGS, em 2016. A proposta de investigação de mestrado integra, portanto, este projeto mais amplo, a partir do uso do banco de dados. Para fins da dissertação, optou-se pelo seguinte tema analítico: “Trabalho em saúde e a metodologia de Apoio Matricial no Sistema Prisional”. Constitui-se o estudo, portanto, na análise de dois objetos: o trabalho em saúde e a metodologia de Apoio Matricial.

Em tempo, é preciso ressaltar que, na pesquisa mais ampla, além das categorias *trabalho em saúde* e *apoio matricial* também ocorreu o recorte de gênero, pois foi realizada em uma penitenciária feminina. Todavia, o gênero não foi considerado tema central nesta dissertação, não sendo, portanto, examinado analiticamente. Esta ressalva é imperativa, pois, para aprofundar de tal modo o tema, seriam necessárias reflexões densas que extrapolam os objetivos da pesquisa de mestrado. É válido informar ainda que a categoria *gênero* foi objeto de estudo em

recentes publicações, como na dissertação de Paola Pase (2018) e no artigo de Stock, Panichi e Fuzinato (2017), integrantes da pesquisa PPSUS.

Como observado, a mestranda atua nas duas interfaces do Método Paideia, proposto por Gastão Wagner Campos (1999; 2007). Portanto, a escolha do trabalho em saúde no Sistema Prisional como um dos objetos da pesquisa de mestrado não foi aleatória. Há explicações que decorrem não só de afinidades eletivas da pesquisadora, mas, principalmente, da importância científica e política da problematização contemporânea do tema. Na pesquisa de mestrado, o trabalho em saúde, incluso no amplo espectro da saúde pública, funcionou como via de acesso ou ponto de partida para a compreensão de como e com que finalidade as demandas e necessidades da população atendida por uma EABp vêm sendo atendidas no setor saúde e demais políticas intersetoriais.

Partindo desta ideia inicial, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: Como os fatores estruturais, gerenciais, culturais e epistemológicos afetam o trabalho de uma EABp e em que medida a metodologia de Apoio Matricial pode contribuir para o trabalho desta equipe? Esse problema se desdobrou em duas questões norteadoras:

- a. Como os fatores estruturais, gerenciais, culturais e epistemológicos desfavorecem e favorecem o trabalho de uma EABp?
- b. Como a metodologia (ferramentas) de Apoio Matricial pode contribuir para o enfrentamento dos fatores desfavoráveis ao trabalho de uma EABp?

A metodologia de Apoio Matricial é aqui definida como um conjunto de “atividade de atendimento colaborativo interdisciplinar onde um profissional especializado realiza um atendimento conjunto ou discussão de caso com a equipe de referência para traçar um plano terapêutico” (FORTES; BALLESTER, 2012, p. 266). Portanto, o sujeito desse processo é o usuário/família, e o objeto de trabalho conjunto entre especialista e generalista é o plano de cuidado.

Na intenção de identificar a dimensão do tema no âmbito da ciência nacional, foi realizada uma busca sistemática em bancos de dados *online*. O objetivo foi identificar artigos publicados entre 2000 e 2017 versando sobre o trabalho em saúde no Sistema Prisional, na perspectiva da prática da APS na prisão.

A busca dos artigos foi realizada de forma ampla, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que hospeda bases de dados reconhecidas. O levantamento deu-se a partir dos descritores/DeCS Terms: “Prisões”, “Atenção Primária à Saúde”. No cruzamento das palavras, foi adotada a expressão booleana “AND” (inserção de duas ou mais palavras), cujo resultado conduziu a pesquisa às seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os critérios de inclusão dos artigos consideraram originais com abordagem no tema “trabalho em saúde no Sistema Prisional” com disponibilização *online* na íntegra, redação no idioma português, e que tivessem disponibilidade dos resumos nas bases de dados selecionadas, pertencendo ao período compreendido entre 2000 e julho de 2017. Os critérios de exclusão ativeram-se a estudos de relatos de caso ou comunicação, teses e dissertações. O período de busca foi definido com base na publicação do PNSSP (2003), primeiro documento oficial a instituir EABp.

Da combinação dos descritores, foram encontrados 3.954 artigos, dos quais 171 em português. Aplicado novo filtro, com os demais critérios de inclusão, o resultado ficou em nove (n= 9) artigos elegíveis. Os estudos excluídos tratavam quase que absolutamente de pesquisas epidemiológicas, quantitativas, abordando as condições de saúde das PPL, sobretudo doenças transmissíveis, saúde da mulher e saúde mental. Dos qualitativos, destacaram-se perspectivas de identidade de gênero e sexualidade, mulher e maternidade na prisão, saúde mental e conflito com a lei, e saúde dos agentes penitenciários.

Importa notar que a população privada de liberdade apresenta altos níveis de transtornos mentais, doenças crônicas e uso de drogas, acima daqueles da população geral (FAZEL, *et al.* 2016). Além disso, qualquer ambiente em que as pessoas estejam concentradas é propício ao agravamento de condições de saúde pré-existentes, bem como ao desenvolvimento de novos problemas de saúde, como doenças sexualmente transmissíveis ou transmitidas pelo ar (GOIS *et al.*, 2012; VALENÇA *et al.*, 2016; MINAYO; RIBEIRO, 2016). A crescente população prisional aumenta esse problema, o que justifica a importância dos estudos epidemiológicos, mas também a necessidade de mais investigações sobre a perspectiva das pessoas que habitam, trabalham ou apenas circulam nas prisões.

No que concerne ao levantamento, dos nove artigos que abordam o tema supracitado quatro (n= 4) deles foram publicados no ano de 2015 (BARSAGLINI; KEHRIG; ARRUDA, 2015; CELL *et al.*, 2015; JESUS; SCARPARO, 2015; SANTOS *et al.*, 2015); três (n= 3), no ano de 2014 (BARBOSA *et al.*, 2014; FERNANDES *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2014); um (n= 1), no ano de 2013 (JESUS; SCARPARO; LERMEN, 2013) e um (n= 1), no ano de 2008 (DIUANA *et al.*, 2008).

Trata-se de publicações recentes, sobretudo a partir da aprovação da PNAISP, datada de 2014. A maioria dos artigos (n = 5) foram publicados em revistas de Saúde Coletiva, tendo como participantes da pesquisa profissionais da EABp, presos e agentes penitenciários (n = 3) ou apenas gestores (n= 2). Os demais artigos (n= 4) são de periódicos de Psicologia (n =2), apenas com EABp, e de periódicos de Enfermagem (n = 2), apenas com enfermeiros.

Assim, considerando:

- i. a inexistência de produções científicas sobre o tema na área do Serviço Social;
- ii. a inexistência de produções científicas sobre a metodologia de Apoio Matricial no Sistema Prisional;
- iii. a escassez de publicações sobre o tema na área de Saúde Pública e Coletiva;
- iv. a escassez de publicações sobre o tema no âmbito do SUS do RS (foram encontrados apenas dois artigos [JESUS; SCARPARO; LERMEN, 2013, JESUS; SCARPARO, 2015], ambos resultantes da dissertação de mestrado da Luciana Jesus).

Evidencia-se que o tema proposto nesta dissertação, envolvendo a presente metodologia de pesquisa, apresenta relevância científica, por ser ele inédito e original – sua centralidade está na produção de conhecimento a partir da compreensão da realidade de trabalho da EABp como guia para ampliação e melhoria do cuidado em saúde das PPL, além de abranger uma política pública recente no país.

O desafio de avançar no conhecimento sobre os diferentes aspectos que inserem as questões problematizadas até aqui, no que diz respeito à realidade brasileira, motivou dar seguimento ao estudo mais amplo, envolvendo duas

estratégias diferentes de pesquisa, tendo por objetivo geral: Compreender como os fatores estruturais, gerenciais, culturais e epistemológicos afetam o trabalho de uma Equipe de Atenção Básica no Sistema Prisional e em que medida a metodologia de Apoio Matricial pode contribuir para o trabalho desta equipe. Para tanto, propõe-se especificamente a:

- a. Caracterizar, segundo a perspectiva dos profissionais de uma Equipe de Atenção Básica prisional, quais os fatores estruturais, gerenciais, culturais e epistemológicos que desfavorecem e favorecem o trabalho em saúde no Sistema Prisional.
- b. Identificar como a metodologia de Apoio Matricial pode contribuir para o enfrentamento dos fatores desfavoráveis ao trabalho de uma Equipe de Atenção Básica prisional (e.g. interconsulta, discussão de caso, projeto terapêutico, trabalho em rede).

Na sequência, será apresentada a estrutura dos capítulos, nos quais se descrevem os resultados empíricos e as formulações conceituais e metodológicas do trabalho desenvolvido no curso de mestrado. No capítulo “Referencial Teórico”, apresentam-se os resultados empíricos de uma revisão documental exploratória, com análise narrativa realizada sobre a produção de parâmetros normativos que sustentam o direito à saúde da população privada de liberdade no Sistema Prisional brasileiro e no RS. Em seguida, apresentam-se os conceitos literários que dão suporte à teoria adotada para embasamento do presente estudo, denominada como Taxonomia de Necessidades em Saúde (CECILIO; MATSUMOTO, 2006) complementada pelo Método Paideia (CAMPOS *et al.* 2014).

No capítulo “Percurso Metodológico”, apresentam-se os procedimentos metodológicos utilizados para a coleta de dados e as ferramentas analíticas aplicadas na análise dos dados empíricos. Nesta parte, descrevem-se os diferentes procedimentos de codificação dos dados, a partir de uma Análise Temática indutiva (BRAUN; CLARCKE, 2006), harmonizando-se com o Modelo Teórico proposto. No capítulo “Análise dos Resultados”, apresenta-se a elaboração dos resultados empíricos desta pesquisa qualitativa, descritos a partir de dois grandes eixos temáticos, “Fatores desfavoráveis e favoráveis ao trabalho da EABp” e

“Contribuições da metodologia de Apoio Matricial”, os quais produziram 11 subtemas analíticos.

Para tanto, a condução deste estudo apoia-se, primeiramente, em uma fase de revisão documental e teórica, aprofundando-se nos conceitos relativos ao direito à saúde das PPL. Fundamenta-se também na teoria do trabalho em saúde, relacionando-a à metodologia de Apoio Matricial. Aprofundando-se, mapeia os fatores de influência associados ao trabalho de uma EABp sob a perspectiva dos profissionais de saúde que a compõem e apresenta os resultados, sucedidos pela discussão. Por fim, no capítulo “Considerações Finais”, apresenta as considerações teóricas obtidas por meio dos dados empíricos e as contribuições e limitações do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo visa revisar e apresentar os parâmetros normativos que sustentam o direito à saúde da população privada de liberdade no Sistema Prisional brasileiro e no Rio Grande do Sul. Na sequência, apresentam-se os conceitos literários que fornecem base para análise dos dados empíricos e dão suporte à matriz teórica híbrida adotada no presente estudo, aqui denominada como Taxonomia de Necessidades em Saúde, complementada pelo Método Paideia, conceitos esses que sustentam e apontam diretrizes para a gestão da clínica no SUS.

2.1 SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: REVISÃO DOCUMENTAL

Os direitos das pessoas privadas de liberdade estão previstos em vários documentos internacionais e nas Constituições modernas. Entre estes, encontram-se os direitos assegurados pela Organização das Nações Unidas (ONU), como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, as Regras Mínimas para Tratamento de Prisioneiros, de 1955, e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, de 1966 (WHO, 2007).

As Regras Mínimas, particularmente, adotadas pelo 1º Congresso da ONU sobre Prevenção do Crime e Tratamento de Delinquentes, realizado em Genebra, são recomendadas como referencial mínimo para organização dos sistemas de execução de penas e tratamento dos presos no mundo, tendo como princípio fundamental a sua aplicação de forma imparcial, não devendo existir qualquer espécie de discriminação, seja por origem, raça, cor, sexo, língua, religião etc. (WHO, 2007).

Além disso, esse Congresso aprovou recomendações acerca da higiene, da alimentação e dos serviços médicos a serem garantidos nas prisões, evidenciando que estar em situação de privação de liberdade não significa a redução dos direitos à saúde. Afinal, quando um Estado tira o direito das pessoas à liberdade, ele assume a responsabilidade de cuidar de sua saúde, tanto em relação às condições do ambiente da instituição quanto aos tratamentos que podem ser necessários.

Consta no documento, ainda, que tais regras não objetivam detalhar um sistema penitenciário modelo, mas estabelecer, inspirando-se em conceitos geralmente admitidos em nossos tempos e nos elementos essenciais dos sistemas contemporâneos mais adequados, princípios e regras básicas que orientem “uma boa organização penitenciária” na prática relativa ao tratamento de prisioneiros. Servem, também, para estimular o esforço constante com vistas à superação das dificuldades práticas que se opõem a sua aplicação (WHO, 2007).

Observa-se, na legislação brasileira, que tais regras foram incorporadas e basearam as diretrizes para tratamento penal e realização dos serviços penais. Em 11 de julho de 1984, foi editada a Lei nº 7210, de Execução Penal (BRASIL, 1984), que objetiva disciplinar, em todo o país, as normas que definem o cumprimento de penas privativas de liberdade, regulamentando, assim, todos os aspectos significativos da trajetória prisional e estabelecendo as responsabilidades pela fiscalização e pela execução da pena por parte do Estado.

Embora as PPL tenham seus direitos políticos suspensos, hajam perdido parcialmente a liberdade e estejam sob custódia do Estado, não lhes foram retirados direitos civis (casamento, propriedade, registro de nascimento, entre outros) nem os direitos sociais previstos pela LEP. Assim, têm garantido, oficialmente, o acesso aos direitos assistenciais, como assistência material, jurídica, educacional, social, religiosa, de trabalho e de saúde. No âmbito da saúde, está garantida assistência de caráter preventivo e curativo pelo acesso ao atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984).

Além da promulgação da LEP, as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por significativas mudanças no campo da garantia dos direitos de cidadania no Brasil. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) estabeleceu um conjunto de direitos sociais que passam a ser instituídos pelo Estado, visando garantir a democratização da sociedade e a melhoria das condições de vida da população brasileira. Entre os direitos garantidos por lei, encontra-se o direito à saúde para todos os cidadãos. Nesse sentido, segundo a própria ordem jurídica brasileira, que estabelece a concepção da saúde como direito universal, a população prisional está incluída na assistência à saúde instituída a partir do SUS, mantendo um *status* mínimo de cidadania.

A Organização Mundial de Saúde considera que uma das mais fortes lições aprendidas no fim do século XX é que a saúde pública não pode mais ignorar a

saúde das PPL. Por isso, existe um crescente reconhecimento de que uma boa atenção à saúde nos sistemas prisionais representa uma boa saúde pública (WHO, 2007). Contudo, no ano 2000, passados 20 anos da promulgação da LEP e do SUS, o acesso da população prisional aos serviços de saúde, na prática, era restrito e não se dava de maneira universal, tampouco integral. Problemas como o déficit de vagas nas penitenciárias e, principalmente, a falta de uma assistência médico-jurídica adequada eram indubitáveis.

Esses obstáculos ainda persistem (em maior ou menor medida), o que leva à superpopulação e facilita a ocorrência de diversos problemas de saúde. Entre estes, evidenciam-se as doenças respiratórias, como sinusite, rinite alérgica e bronquite crônica (MINAYO; RIBEIRO, 2016), e infectocontagiosas, como HIV/AIDS, tuberculose, sífilis, hepatites B e C e outras de transmissão sexual (WHO, 2007b; GOIS *et al.*, 2012; VALENÇA *et al.*, 2016). Além disso, manifestam-se os danos à saúde mental, decorrentes do estresse, da ansiedade, da depressão (ARAÚJO; NAKANO; GOUVEIA 2009; SANTOS *et al.* 2016; CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016; MINAYO; RIBEIRO, 2016) e do uso problemático de drogas (MICHEL, 2016). Essa extrema incidência constitui-se, portanto, em um grave problema de saúde pública.

Existe, entretanto, uma diferença em relação ao século passado, quando a população em privação de liberdade estava à margem do SUS, e esse recurso não chegava até o espaço do cárcere. A partir da primeira década dos anos 2000, as políticas específicas para a saúde da população em privação de liberdade no Sistema Prisional começaram, finalmente, a surgir. Um marco histórico desse movimento de garantia à saúde das pessoas presas ocorreu na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 2003, com o tema central “Saúde: um direito de todos e dever do Estado, a Saúde que temos, o SUS que queremos”. Nessa Conferência, a participação social atuou de forma importante ao colocar em debate a necessidade de políticas de saúde que chegassem aos espaços prisionais (PAIM, 2008).

Em diversos eixos da 12ª CNS, diretrizes voltadas à saúde prisional foram apresentadas. No eixo *direito à saúde*, uma das diretrizes apontadas era realizar uma Conferência Nacional sobre Sistema Prisional, em 2004, para discutir e definir estratégias de implementação do Plano Nacional de Saúde do Sistema

Penitenciário, visando garantir o direito à saúde aos apenados e reeducandos, de acordo com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2004).

A partir do engajamento e da participação social de trabalhadores da saúde, da justiça e familiares das PPL, foram estruturadas políticas públicas de saúde prevendo a implantação de equipes de saúde específicas para as instituições prisionais a fim de atender às necessidades daqueles que se encontram em confinamento sob responsabilidade do Estado. Esta prerrogativa defende a ideia de inclusão social para a promoção dos direitos humanos das pessoas presas, com a finalidade de atender às suas carências, pautando-se pelo incremento da universalidade, da equidade, da integralidade e da resolutividade da assistência à saúde, e requerendo, portanto, a reorientação do modelo vigente. Dessa maneira, buscou-se garantir o direito constitucional de acesso universal a ações e serviços de saúde, para efetivar os direitos sociais previstos por lei às PPL, pois o fato de as pessoas estarem em situação de privação de liberdade não pode ser acompanhado de redução dos direitos à saúde.

Partindo desse pressuposto, foi realizado um levantamento documental exploratório, a fim de identificar a produção normativa dos Legislativos Federal e Estadual, este do estado do Rio Grande do Sul, que trata sobre o processo de implementação de serviços de saúde no âmbito do Sistema Prisional. Foram selecionados documentos (resoluções e portarias) publicados entre 2003 e 2017. Empregou-se esse recorte histórico porque foi no início dos anos 2000 que o Legislativo e o Executivo nacionais e do estado-membro supramencionado passaram a definir diretrizes sobre a organização da assistência à saúde a ser garantida à população privada de liberdade.

A busca foi realizada em bases de dados governamentais, através de sítios eletrônicos de acesso público, quais sejam: Sistema de Legislação de Saúde (Saúde Legis); Portal do Ministério da Justiça; Rede de Informação Legislativa e Jurídica (LexML); Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP); Portal da Superintendência dos Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul (SUSEPE) e Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS). Essas bases de dados foram selecionadas por terem competências deliberativa e consultiva junto ao Ministério da Justiça sobre política criminal e formulação das regras a respeito das condições dos estabelecimentos prisionais.

Para a busca sistemática, foram adotados os descritores: “unidade de saúde”, “prisão”, “saúde penitenciária”. Foram identificadas 359 normativas, das quais 17 referiam-se ao processo de implementação de serviços de saúde no Sistema Prisional. No âmbito federal, por exemplo, foram encontradas dez normativas. No que se refere às sancionadas pelo RS, há um total de sete normativas.

A seleção quanto à fonte produtora permitiu identificar que, durante o governo Lula (2003–2011) e, posteriormente, da presidenta Dilma Rousseff (2011–2016), o Executivo buscou dar operacionalidade aos parâmetros jurídicos que tratam sobre a implementação de serviços de saúde voltados, especialmente, para os cuidados em nível de Atenção Primária à Saúde nas prisões, com critérios específicos para sua organização e gestão. Os documentos serão apresentados a partir de uma linha histórica, conforme o período de sua publicação, e subdivididos entre normativas federais e, posteriormente, as do RS.

2.1.1 Parâmetros Normativos Federais: de 2003 a 2014

No período entre os anos de 2003 e 2014, a política de saúde no Sistema Prisional passou a ser normatizada por legislações específicas, definindo critérios para a organização da assistência, da gestão e do financiamento. Conforme mostra o Quadro 1, foram instituídas diretrizes que passaram a vigorar em todo o território nacional e alteraram substancialmente a oferta de serviços e ações até então previstas em âmbito prisional.

Em setembro de 2003, o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde publicaram a Portaria Interministerial nº 1.777, instituindo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2003), a fim de tornar mais congruentes a legislação penal e o SUS, dando alguma visibilidade à população custodiada no âmbito da política nacional de saúde. O PNSSP previa estratégias e linhas de ação que possibilitaram a inclusão de uma parcela da população penitenciária na saúde pública do país, em ações e serviços legalmente definidos pela Constituição Federal, pelo SUS, 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.

Quadro 1. Diretrizes federais sobre atenção à saúde no Sistema Prisional (setembro de 2003 a janeiro de 2014).

Título	Ementa	Destaques
Portaria MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003.	Institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PN Nenhuma entrada de índice de ilustrações foi encontrada.SSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Provimento da atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. • Controle e/ou redução dos agravos mais frequentes. • Elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência. • Ações de atenção básica; média complexidade e complementares. • Equipe mínima de saúde conforme o número de indivíduos privados de liberdade no estabelecimento prisional.
Portaria MS/MJ nº 3.343, de 28 de dezembro de 2006.	Altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento das ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativas a saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.
Portaria nº 3.270, de 26 de outubro de 2010.	Estabelece o elenco de medicamentos para o atendimento das pessoas presas vinculadas às Equipes de Saúde do Sistema Penitenciário	<ul style="list-style-type: none"> • Observância da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2010. • Distribuição dos medicamentos a ser realizada trimestralmente apenas pelas equipes de saúde penitenciária cadastradas no CNES. • Responsabilidades do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário, com base no número de pessoas presas e no perfil epidemiológico da população carcerária.

Fonte: Elaborado pela autora .

No entanto, esse documento, apesar de se constituir em uma importante estratégia de Governo com vistas a atender, através de ações e serviços de saúde,

à população penitenciária, também apresentou limites. Paradoxalmente, o indivíduo preso, pelo censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é considerado residente do município em que se encontra privado de liberdade. Em relação à atenção à saúde, em tese, essa população encontra-se já contemplada pelos recursos federais para atenção primária, secundária e terciária, ou seja, o PNSSP seria apenas um complemento de adoção não obrigatória pelos estados.

Em face disso, tanto a gestão quanto a gerência das ações ofertadas pelo setor de saúde deveriam seguir pactuações entre os gestores estaduais de Saúde e Justiça, os gestores municipais e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), podendo as Secretarias Municipais de Saúde assumir a gestão e a gerência do PNSSP em nível local (BRASIL, 2003; 2006).

Quanto à composição orçamentária para a adesão ao Plano pelos estados brasileiros, foi criado o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário (IASSP), componente do Piso de Atenção Básica Variável (PAB-V), cujo financiamento é proveniente de 30% dos recursos do Ministério da Justiça e 70% dos recursos do Ministério da Saúde. O repasse desse incentivo, visando a 100% da população carcerária, dependeria da quantidade de equipes de saúde mínimas implantadas nas unidades prisionais e seria realizado através do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2003; 2006).

O PNSSP recomendava que cada penitenciária com mais de 100 PPL mantivesse uma equipe de saúde permanente (e uma equipe para atender a até 500 indivíduos), atuando 20 horas semanais. Seria uma equipe responsável pela atenção básica, constituída de médico, enfermeiro, dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2003). Evidenciando uma visão mais abrangente da saúde, a inclusão de outros profissionais de saúde mostra uma ampliação do estipulado anteriormente na LEP, que compreendia apenas “atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984).

As unidades prisionais com menos de 100 pessoas ficavam dispensadas da exigência de equipe exclusiva, mas deviam designar profissionais da rede de saúde municipal para efetuar atendimento semanal nas suas dependências (SOARES FILHO; BUENO, 2016a).

O Ministério da Saúde, além do incentivo financeiro repassado fundo a fundo, também disponibilizava um *kit* de medicamentos básicos às equipes de saúde do PNSSP. Esses insumos orientavam-se pela lista básica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), mas não seguiam o mesmo fluxo de distribuição da rede de serviços de atenção básica municipal. A lista de medicamentos, bem como a periodicidade trimestral para sua distribuição, estava já definida na Portaria GM nº 3.270, de 26 de outubro de 2010 (art. 6º).

Em sua sistematização (ver quadro 1), o PNSSP incluiu ações em três frentes: atenção básica, atenção de média complexidade e ações complementares. Na atenção básica, priorizaram-se: o controle da tuberculose, de hipertensão e diabetes, o diagnóstico e tratamento da hanseníase, a saúde bucal e a saúde da mulher. Na atuação de média complexidade, executada por profissionais de nível superior, as terapias em grupo e individuais.

Quanto ao programa complementar, importante destacar o diagnóstico, o aconselhamento e o tratamento em DST/HIV/AIDS, e a atenção em saúde mental. Entre as novidades, foi contemplada uma agenda mínima voltada às mulheres presas que, além de outras ações, passou a prever algumas até então não garantidas: controle do câncer cérvico-uterino e de mama, assistência à anticoncepção, assistência ao puerpério, cuidado pré-natal, atendimento de intercorrências e parto, diagnóstico e tratamento das DST/AIDS (BRASIL, 2003).

As metas dessas ações seriam controladas, e o repasse do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário também dependeria do cumprimento delas. Vale lembrar que o Incentivo constitui apenas um bônus para adesão, não sendo somente competência do Governo, sob as esferas dos Ministérios da Justiça e da Saúde, a responsabilidade pela execução do PNSSP. As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça (ou suas correspondentes) e as Secretarias Municipais de Saúde também se envolvem com o processo de implantação, implementação, monitoramento e execução das ações de saúde.

De acordo com o PNSSP, a essas três últimas instâncias governamentais cabe formular o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional (POE). O POE corrobora outros princípios do SUS, como a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2003). Esse documento de gestão torna-se preciso

por atribuir relevância às questões de saúde localizadas nas regiões onde deveriam ser realizadas as ações, como também à realidade e aos agravantes decorrentes do confinamento.

De acordo com dados levantados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no período de 2003 a julho de 2013, evidenciou-se que, no Brasil, 100% dos estados e o Distrito Federal encontravam-se qualificados ao PNSSP, o que representa 271 equipes de saúde no Sistema Prisional, habilitadas e ativas, e 239 unidades básicas de saúde prisional em penitenciárias, em 154 municípios. Esse total de equipes consideradas elegíveis ao PNSSP pôde garantir acesso a aproximadamente 30% (200.000 pessoas) do total de pessoas privadas de liberdade no país (SOARES FILHO; BUENO, 2016a).

Mesmo diante dos avanços e das mudanças ocorridas na última década com vistas à qualificação dos serviços de saúde no sistema prisional, faz-se necessária uma análise sobre os fatores gerenciais e técnico-assistenciais que impactaram negativamente na operacionalização do PNSSP. O primeiro refere-se ao incentivo financeiro previsto para implementação de serviços de saúde, o qual se mostrou escasso, inviabilizando a habilitação de novos serviços e reduzindo a qualidade das ações ofertadas nos já existentes. Isso significa que a saúde ocupou uma posição secundária na Política Penitenciária Nacional. Embora a edição do PNSSP tenha trazido um novo contexto político e institucional, ainda persistiu um espectro de negação da cidadania permeando a execução penal e refletindo-se, por exemplo, na posição da saúde, sempre em situação marginal na agenda de investimentos (SÁ e SILVA, 2009).¹

O segundo relaciona-se com as equipes prestadoras de assistência à saúde da população prisional, que servem a duas faixas de atenção, e por isso requerem sete profissionais de saúde em cada uma, seja para a assistência a até 100 presos (em regime territorial, com carga horária mínima de 4 horas semanais), seja para o atendimento de 100 a 500 presos por estabelecimento prisional (com carga horária mínima de 20 horas semanais) (SILVA, 2015).

¹ Dados apresentados no Relatório de Gestão do DEPEN para o ano de 2006 explicitam bem isso: enquanto R\$ 170 milhões foram investidos nos Estados para a construção de novos presídios, aplicaram-se menos de R\$ 3,8 milhões entre todas as ações de “reintegração social”, incluindo não só aquelas garantidoras do direito à saúde (no caso, o pagamento dos “incentivos”, já que construção e aparelhamento saem de outras rubricas orçamentárias), mas também à educação, ao trabalho, à geração de renda e ao desenvolvimento social nas prisões (SÁ E SILVA, 2009).

O terceiro remete-se ao fato de que grande parte das equipes seriam análogas às do SUS, ou seja, provenientes da administração penitenciária ou formadas por uma composição híbrida, significando que parte da equipe se comporia de servidores vinculados à Secretaria Municipal de Saúde ou às Secretarias Estaduais de Saúde (com diferentes tipos de vínculos contratuais) e parte estaria ligada ao Setor da Justiça ou Segurança Pública estadual. Tal fator acabou por produzir tanto um descompasso técnico-assistencial quanto de financiamento (SILVA, 2015).

O quarto fator observado refere-se ao acesso limitado das equipes à utilização dos Sistemas de Informação² do SUS, impossibilitando o monitoramento, a avaliação e o planejamento de ações concernentes à saúde prisional. Além disso, como quinto fator, percebe-se que a lógica ambulatorial ainda seria a referência para a atenção à saúde no cárcere. Essa condição, somada à baixa articulação entre os setores da rede de atenção do SUS e os serviços de saúde existentes nas prisões, traduz clara fragmentação e desconexão entre as UBSp e os dispositivos intersetoriais – fundamentais para uma atenção integral à população privada de liberdade (SOARES FILHO; BUENO, 2016a).

O sexto fator diz respeito à lacuna assistencial do PNSSP, pois, destinando-se às pessoas recolhidas em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia, acabou por excluir os presos do regime aberto ou aqueles provisórios, abrigados em cadeias e distritos policiais (SILVA, 2015; SOARES FILHO; BUENO, 2016a; BARSAGLINI, 2016, SILVA, 2016), demonstrando certa “seletividade” no acesso à saúde.

O sétimo e último fator desfavorável reporta-se à falta de ações voltadas para a atenção em saúde mental, especialmente os transtornos decorrentes do uso problemático de drogas, o não acesso aos medicamentos psicotrópicos, a não atenção ao idoso e a invisibilidade das especificidades de gênero e sexualidade na prisão (OLIVEIRA, COSTA, MEDEIROS, 2013; FERNANDES *et al.*, 2014; LERMEN, 2015).

² O PNSSP estabeleceu que diversos sistemas de informações em saúde deveriam ser utilizados, de forma regular, como condição para a garantia da continuidade do repasse dos recursos do FNS, tais como: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); Cartão SUS (CADSUS) e Sistema Informatizado de Medicamentos de AIDS (Siclom/Siscel).

Importa destacar que, em 2004, logo após a promulgação do PNSSP, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher, com vistas à integralidade da atenção. Seguindo esta mesma orientação, foi promulgada, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o intuito de orientar ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade, equidade e atenção humanizada.

Ambas as políticas abordam as especificidades de identidade de gêneros, saúde sexual e reprodutiva, cuidado e paternidade, cuidado e maternidade, e prevenção à violência. Trata-se, portanto, de documentos legitimados por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do SUS, porém com bastante invisibilidade nos serviços de saúde das prisões.

A partir dessa realidade, das verificações feitas ao longo dos 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, 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 do SUS; focalizar e qualificar as formas de gestão e operacionalização; estabelecer melhores mecanismos de controle e avaliação; ampliar o financiamento (SILVA, 2015).

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 o POE e a criar condições políticas, técnicas e financeiras para definir uma política de atenção integral, de fato universal, à saúde das PPL, tal qual a Constituição Federal e o regimento do SUS vêm consignar.

Ainda nesse período, no âmbito do próprio Ministério da Justiça, o Departamento Penitenciário Nacional (Depen) deduziu, por diversas ponderações junto ao Ministério da Saúde, ser necessária a responsabilização das autoridades sanitárias, no âmbito do SUS. Seria preciso propor uma política nacional de saúde

de fato inclusiva, que respeitasse as premissas da universalidade, entendendo as PPL como detentoras desse direito (SILVA, 2016).

Em síntese, o Plano, ainda que subfinanciado, com baixa cobertura assistencial (cerca de 30% da população presa) e com a falta de qualificação dos profissionais para atuarem em um contexto específico, representou e representa uma das mais significativas experiências de humanização no sistema de justiça criminal do país.

2.1.2 Parâmetros Normativos Federais: de 2014 a 2017

Buscando qualificar a assistência com base na Atenção Primária à Saúde, 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 PPL, os Ministérios da Saúde e da Justiça, por meio da Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2014, instituíram a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (BRASIL, 2014a). Com essa finalidade, previram a mobilização de recursos financeiros mais significativos, bem como a alocação de estratégias de gestão e o fortalecimento de capacidades locais, conforme demonstra o Quadro 2.

A PNAISP, 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, elenca mecanismos que minimizam as mazelas da assistência (BRASIL, 2014a), propondo a inclusão social das PPL e a promoção de sua cidadania, bem como o respeito às diferenças e a busca da intersetorialidade.

Com sua implementação, confirmou-se o aumento da agenda orçamentária do Poder Executivo. A ideia foi garantir incentivos financeiros adequados à estruturação de UBSp e ao custeio dos serviços. Nesse contexto, deu-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.

Quadro 2. Diretrizes federais sobre atenção à saúde no Sistema Prisional (de janeiro 2014 a dezembro de 2017)

Título	Ementa	Destakes
Portaria MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014.	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção básica ofertada por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP). • Atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde das PPL. • Acesso das PPL à Rede de Atenção à Saúde. • Relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal. • Promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas. • Controle e/ou redução dos agravos mais frequentes. • Fomento e fortalecimento da participação e do controle social. • Respeito à diversidade: étnico-racial, das limitações e necessidades físicas e mentais especiais, das condições socioeconômicas, das práticas e concepções culturais e religiosas, de gênero, de orientação sexual e de identidade de gênero.
Portarias GM nº 94 e nº 95, de 14 de janeiro de 2014.	Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP), por Equipe especializada. • Desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança. • Realização de avaliações biopsicossociais, orientando a intervenção terapêutica segundo um Projeto Terapêutico Singular. • Comunicação e corresponsabilização entre os gestores e as equipes/serviços do SUS e do SUAS. • Acompanhamento da execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça. • Apoio à capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e a programas e serviços sociais

Quadro 2. Diretrizes federais sobre atenção à saúde no Sistema Prisional (de janeiro 2014 a dezembro de 2017) CONTINUAÇÃO

Portaria MS nº 482, de 1 de abril de 2014.	Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	<ul style="list-style-type: none"> • Até 100 (cem) custodiados: EABp tipo I (enfermeiro; médico; técnico ou auxiliar de enfermagem; cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal. EABp tipo I com Saúde Mental (acrescida de psiquiatra e mais duas destas ocupações - fisioterapeuta; terapeuta ocupacional; psicólogo; assistente social; farmacêutico ou enfermeiro). Carga horária: 6h/semanais. • Entre 101 e 500 custodiados: EABp tipo II (acrescenta psicólogo, assistente social e mais uma das ocupações - fisioterapeuta; psicólogo; assistente social; farmacêutico; terapeuta ocupacional; nutricionista; enfermeiro). EABp tipo I com Saúde Mental (idem tipo I); Carga horária: 20h/semanais. • Entre 501 e 1200 custodiados: EABp tipo III: mesma composição da Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental. Carga horária: 30h/semanais.
Portaria MS nº 305, de 10 de abril de 2014.	Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui, na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP).	<ul style="list-style-type: none"> • Repasse dos recursos de custeio aos municípios e estados cujos estabelecimentos de saúde estejam habilitados no CNES.
Resolução CNPCP nº 4, de 18 de julho de 2014.	Aprova as Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	<ul style="list-style-type: none"> • Ações preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). • Atuação dos sistemas prisionais em cooperação com os serviços e equipes do SUS, organizados de acordo com o consignado na norma de operacionalização da PNAISP e na PNAB.
Portaria GM nº 1.637, de 1º de outubro de 2015.	Dispõe sobre o repasse de recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde. • Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP, correspondente a R\$ 17,73 (dezessete reais e setenta e três centavos) por pessoa privada de liberdade no Sistema Prisional. • Fundo a fundo para os municípios.
Portaria GM nº 1.741, de 12 de julho de 2017.	Habilita municípios a receberem incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP)	<ul style="list-style-type: none"> • Recebimento pelos municípios e estados dos incentivos de custeio do Ministério da Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

A portaria proporcionou a constituição das diferentes equipes nos estabelecimentos prisionais, de acordo com o número de custodiados. Além disso, definiu competências dos entes federados, instruindo sobre os mecanismos de adesão dos estados e municípios, mecanismos esses a serem construídos coletivamente com base na elaboração do POE (BRASIL, 2014a).

Conforme descrito na PNAISP, o mecanismo para essa construção coletiva e solidária deve ocorrer pela exigência da constituição de um Grupo Condutor Estadual formado pela Secretaria Estadual de Saúde, pela Secretaria Estadual de Justiça ou congêneres e pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado. Com apoio do Ministério da Saúde, a esse grupo cabe a função estratégica de planejar, conduzir, monitorar e avaliar a política no âmbito estadual. Como anexos da referida portaria, elencam-se 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, 2014a).

No entanto, tornou-se necessário dar sustentação organizativa à PNAISP. Para isso, em 1º de abril de 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 482, que instituiu normas para a operacionalização da PNAISP no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014b), prevendo iniciativas diferenciadas das anteriores e aproximando-se das formas de financiamento da atenção básica. Em seu corpo, essa portaria apresentou a conformação das equipes, com seu financiamento, e a organização dos serviços. Classificou também as equipes em três faixas a partir do número de apenados (ver Quadro 2), correlacionando cada faixa com a carga horária e a composição da equipe.

Abriu-se, a partir dessas normativas, a possibilidade de constituir equipes com várias categorias profissionais, também com foco na saúde mental, baseando-se na necessidade e na realidade local, e contando com o financiamento do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde. Os equipamentos e as instalações físicas, por sua peculiaridade e interface com a justiça, ficaram sob a responsabilidade das secretarias de justiça ou congêneres. Quanto às áreas de assistência à saúde, precisariam manter-se em conformidade com a legislação sanitária vigente (BRASIL, 2014b).

Às EABp coube a função de realizar os cuidados primários à saúde nas instituições prisionais. Integrando a Atenção Primária à Saúde (APS) municipal, têm

a obrigatoriedade de utilizar os sistemas de informação, de acesso à educação permanente e de acesso regulado às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A APS (aqui usada como sinônimo de atenção básica) caracteriza-se por ser o primeiro nível assistencial com capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia de continuidade. Além disso, engloba atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico, maior participação social e democratização das decisões, e distribuição das riquezas em direção aos desassistidos, esta última com destacada influência na saúde (STARFIELD, 2002).

Conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica brasileira e na Portaria GM nº 4.279/2010, que instituiu no âmbito do SUS o modelo das RAS,³ as equipes de atenção básica são os serviços de APS destinados a exercer a coordenação do cuidado da população usuária em todos os níveis de atenção à saúde (primários, secundários e terciários).

As RAS caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a APS. Fundamentam-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde. Têm como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema de saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (MENDES, 2015).

A organização de redes busca a superação do modelo tecnoassistencial centrado em serviços e procedimentos, apostando na organização da atenção integral e tendo como ação estratégica a implantação das Linhas de Cuidado. A Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde nos diferentes momentos do ciclo vital, tendo como eixo norteador a busca pela integralidade e equidade. Ela desenha o itinerário que o usuário faz por dentro de uma RAS, incluindo ações e serviços não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede de cuidados (MENDES, 2015).

³ As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2010).

O modelo de atenção proposto requer uma reorganização do sistema nas práticas de gestão e cuidado em saúde. Entre as estratégias, a humanização do cuidado mostra-se como uma potente ferramenta de caráter transversal, nos diferentes espaços do SUS, qualificando o acesso e os serviços.

Essas diretrizes, conforme mostra o Quadro 3, estão claramente expressas nos atributos essenciais e derivativos que passaram a orientar os serviços de cuidados primários no Brasil. O acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação e a integralidade são considerados atributos essenciais da APS. Além desses, têm-se os atributos derivativos, como centralização na família, competência cultural e orientação para a comunidade. Tais atributos estão presentes na PNAB, na RAS e na PNAISP e apresentam definições específicas e inter-relacionais.

Cabe destacar ainda o princípio da integralidade como orientador do processo de trabalho das EABp. Esse princípio, além de ser um eixo orientador do SUS é, também, uma atitude de cuidado. Para o alcance da integralidade da atenção à saúde, é fundamental a articulação de três elementos-chave: o acesso, a responsabilização e a autonomia (MEDEIROS, 2015). A condição do cuidado integral está associada à qualidade do acesso à saúde. Como referido em parágrafos anteriores, o acesso é a conquista social de um direito constitucional, fruto da reorganização da saúde no país. Está diretamente relacionado ao princípio da universalidade como direito de todo cidadão e dever do Estado.

A responsabilização está fortemente associada ao estabelecimento de vínculo e resolutividade da atenção. Nela, expressam-se os elementos éticos, técnicos e políticos do ato de cuidar da saúde por parte das equipes. Por fim, mas não menos importante, está o produto do cuidado, ou seja, a autonomia do usuário (MEDEIROS, 2015). Isso significa que todo ato em saúde procurará respeitar a singularidade e a cidadania daquele que é cuidado, evitando tutela ou reificação do sujeito que busca atenção a sua saúde.

Em linhas gerais, a integralidade é passível de ser entendida de formas distintas (MATTOS, 2009), embora sempre indicando, em quaisquer delas, um rompimento do reducionismo e da objetivação dos sujeitos, presentes no cuidado à saúde e na prática da medicina ainda vigente. Pode, dessa maneira, representar a ampliação da coordenação do cuidado e da responsabilidade setorial e Interprofissional.

Quadro 3. Atributos essenciais/exclusivos e derivativos da Atenção Primária à Saúde.

	Atributo	Definição	Tipo de informação
Atributos exclusivos	Atenção ao primeiro contato	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente/usuário necessita de atenção, em caso de adoecimento, ou para acompanhamento rotineiro da saúde. • Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade da unidade de saúde • Acesso à atenção • Uso da unidade de saúde como local de primeiro contato
	Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independentemente da presença ou da ausência de doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição da população adscrita • Conhecimento do usuário e de seu meio social • Extensão e força da relação com os usuários, não importando o tipo de necessidade para a atenção à saúde
	Integralidade ou Abrangência	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. • Oferecimento de serviços preventivos e curativos, e garantia de acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das demandas, ou fazendo encaminhamento quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espectro de problemas a serem tratados • Atividades preventivas primárias e secundárias • Reconhecimento e manejo dos problemas de saúde (incluindo saúde mental) da população • Porcentagem de pessoas atendidas na APS sem necessidade de encaminhamento
	Coordenação da atenção	<ul style="list-style-type: none"> • Integração de todos os serviços relacionados à saúde (três níveis de atenção) onde quer que os pacientes tenham sido recebidos. • Ocorrência a partir da disponibilidade de informações relacionadas às necessidades de saúde para o atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos para continuidade da atenção à saúde • Reconhecimento de informações de consultas prévias • Reconhecimento de consultas para encaminhamento (ocorrência e resultados)
Atributos derivativos	Centralidade na família	<ul style="list-style-type: none"> • Consideração do contexto e da dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. • Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos membros da família • Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família
	Orientação para a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita, em razão do contexto econômico e social em que vive. • Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. • Participação da comunidade nas decisões sobre saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade • Participação nas atividades comunitárias • Envolvimento comunitário na Unidade
	Competência cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento de diferentes necessidades de grupos populacionais e de suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Providências para atender às necessidades especiais associadas às características culturais • Prestação de serviços especiais para atender a demandas culturais

Nesse novo cenário, a “coordenação da integralidade” tornou-se um dos fundamentos da APS e busca viabilizar, por meio de estratégias de integração vertical e horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância à saúde e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar, e trabalho em equipe), os diversos níveis de atenção que compõem as RAS (BRASIL, 2010; CHAVES *et al.*, 2018).

Essa nova perspectiva de organização e gestão do trabalho em saúde aponta igualmente para novas pactuações e orientações na prática técnico-assistencial e político-organizacional, no âmbito da APS no Sistema Prisional. O processo de adesão dos estados e municípios à PNAISP passa a considerar a realidade local e as necessidades epidemiológicas de saúde da população prisional, além das especificidades locorregionais.

Tal adesão, porém, fica condicionada à apresentação do Termo de Adesão Estadual e Municipal, bem como à solicitação de habilitação contendo a tipologia da equipe e o registro desta junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2014c). Com isso, a PNAISP realiza, pelo SUS, uma extensão de cobertura efetiva da APS nas prisões. 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.

Além da Política, as Portarias GM nº 94/2014 e nº 95/2014 redirecionam, especialmente, os modelos de atenção em saúde mental nas prisões às pessoas com transtorno mental cumpridoras de medidas de segurança (pacientes judiciários). O primeiro parâmetro normativo institui o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do SUS; o segundo dispõe sobre o financiamento do serviço.

No conjunto de atribuições da Equipe de Avaliação e Acompanhamento (EAP), destaca-se a assistência à execução da medida terapêutica. A EAP funciona como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP (EABp) e os programas e serviços sociais e de direitos de cidadania (BRASIL, 2014d). A efetividade de tais portarias, entretanto, depende da adesão dos governos nas esferas estaduais e municipais.

É sob essa perspectiva de cuidado, e pautadas na garantia de direitos, que surgem iniciativas propondo um redirecionamento do olhar e, efetivamente, do

modelo de atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, objetivando afastar essa população do circuito das prisões e do asilamento.

No Brasil, a iniciativa pioneira nesse sentido é a realizada pelo Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ). Ligado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais, com mais de dez anos de existência, o PAIPJ já atendeu a mais de mil pessoas e registra um índice de reincidência quase inexistente (BARROS-BRISSET, 2010). Fundamentalmente, o programa busca romper com o - até então - único percurso possível às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (os manicômios ou a prisão), possibilitando o cumprimento da medida de segurança por meio de um acompanhamento que prioriza o laço social do indivíduo.

A experiência do PAIPJ inspirou outras iniciativas pelo país, como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), executado pela Secretaria de Saúde do estado de Goiás, único projeto no país que promove a reinserção das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei a partir de um órgão do campo da saúde, e não do âmbito da justiça (PRADO; SCHINDLER, 2017).

Além dessa, há outras iniciativas, como a do estado do Espírito Santo, através do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PAC) e a do Rio Grande do Sul, através do “DES`MESDIDA – saúde mental e direitos humanos: por um acompanhar na Rede”. Este último constitui um projeto de extensão coordenado pela UFRGS, objetivando o fechamento da porta de entrada do manicômio judiciário estadual e promovendo o acompanhamento em rede (PAULON *et al.*, 2017).

Nesse sentido, há a necessidade do reconhecimento, por parte de todos que atuam no Sistema de Justiça Criminal (Poder Judiciário, Ministério Público, Administração Penitenciária, órgãos da Saúde), de que o tratamento-internação adotado como regra é danoso ao quadro clínico e psicossocial dos pacientes judiciários. Afinal, é de fácil percepção que, quando há a retirada do indivíduo do convívio social, cerceando sua liberdade com o objetivo de isolá-lo e medicá-lo de forma contínua, os danos psicológicos e clínicos fazem-se inevitáveis.

Finalmente, é necessário destacar que, no mesmo período de publicação da PNAISP, foi também publicada, pela extinta Secretaria de Políticas para as Mulheres, em conjunto com o Ministério da Justiça, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) (BRASIL, 2014e). Em consonância com a PNAISM, a PNAISPE tem o

objetivo de reformular as práticas e garantir os direitos das mulheres reclusas e egressas do Sistema Prisional no Brasil.

Esse documento considera diversos marcadores sociais (gênero, orientação sexual, etnia, raça ou cor, entre outros) e remete também às ações concernentes a tais indivíduos, como a prevenção aos diversos tipos de violência. É uma política, em específico, sobre a temática da saúde, estabelecendo que a atenção à saúde da mulher encarcerada deve seguir os preceitos preconizados pelo SUS (BRASIL, 2014e), mantendo-se em consonância com a normativa internacional ao observar as Regras de Bangkok da ONU, que, em 2011, estabeleceu diretrizes para atenção às especificidades de gênero na prisão (STOCK; PANICHI; FUZINATTO, 2017).

Seguindo o mesmo caminho da PNAISP e da PNAME, em direção à defesa dos direitos humanos no cárcere, foi instituída a Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), de 15 de abril de 2014 (BRASIL, 2014f). De acordo com esse parâmetro normativo, devem ser respeitadas questões específicas dessa população, como nome social, tratamento com hormônios, respeito a seu gênero e orientação sexual, criação de espaços específicos para a população LGBT em unidades prisionais, tratamento isonômico entre mulheres transexuais e mulheres cissexuais, entre outros aspectos.

Pelo exposto até aqui, é possível reconhecer o esforço do Executivo na procura de soluções dos problemas de saúde das PPL, ou, no mínimo, na busca da redução dos danos decorrentes do confinamento. Isso se expressa em políticas, legislações e normas promulgadas em defesa dos direitos humanos, especialmente, ao acesso à saúde no âmbito do Sistema Prisional. Na realidade, trata-se de “libertar a saúde” para que ela não continue a ser uma prescrição legal a mais, mas se torne uma realidade às PPL como aos demais atores da vida prisional. Em outras palavras, trata-se de fazer com que o SUS penetre nos locais de detenção de modo que as normas e recomendações federais sejam incorporadas à realidade desses locais pelos estados e municípios, em direção à integralidade da atenção.

Diante disso, todos os estados poderão aderir à PNAISP por meio de pactuação com a União, em qualquer tempo, bastando atentar para a observação dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Uma vez integrados à nova Política, os estados, municípios e o Distrito Federal terão garantida a aplicação de

um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo, que também será objeto de ato específico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

2.1.3 Parâmetros normativos do estado do Rio Grande do Sul: de 2005 a 2017

A atenção à saúde, no estado do RS, é estruturada por meio das redes regionalizadas, com base no desenvolvimento de ações e serviços em diferentes pontos de atenção no território. Assim sendo, a SES/RS está organizada a partir do georreferenciamento sanitário, composto por 7 macrorregiões de saúde, 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e 30 Regiões de Saúde, as quais estão interligadas nos espaços de Comissões Intergestores Regionais e Bipartite (CIR e CIB) e constituem a RAS⁴ do estado.

No intuito de aproximar o SUS dos usuários, considerando a característica do cuidado em território, a APS no RS, ao longo das últimas duas décadas, vem se constituindo por políticas de Atenção Integral e suas Linhas de Cuidado, quais sejam: do Ciclo Vital (Criança, Adolescente, Adulto e Idoso); de Transversais (Saúde Bucal, Mental, Alimentação e Nutrição, DST/AIDS); e de Diversidades (População Indígena, População Negra, População do Campo e da Floresta, População LGBTT, bem como a População Privada de Liberdade). A gestão vem trabalhando no enfoque do Monitoramento e Avaliação e das diretrizes da Política Nacional de Humanização a partir do georreferenciamento.

Diante disso, surge, no cenário das políticas públicas, a necessidade de ampliar e garantir o acesso à saúde de populações específicas, como é o caso das PPL no Sistema Prisional, o que historicamente esteve à margem das discussões no âmbito do SUS do RS. Na perspectiva da universalização do cuidado, esta é uma

⁴ A SES/RS mantém seis Redes de Atenção à Saúde, que juntas ofertam 12 Linhas de Cuidado. A saber: Rede materno-infantil (Linha de cuidado materno-infantil); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas (Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade; Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica); Rede de Cuidados às Pessoas com deficiência (Grupo condutor); Rede de Atenção às Urgências (Linha de Cuidado Cerebrovascular; Linha de Cuidado Cardiovascular; Linha de Cuidado do Trauma); Rede de Atenção Psicossocial (Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas). Além dessas, há as Linhas que são transversais a todas as outras (Linha de Cuidado de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência; Linha de Cuidado da Mulher Privada de Liberdade, seu bebê e família; Linha de Cuidado Integral às Pessoas com Doença Falciforme; Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis) (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Política Pública que recentemente vem ocupando espaços afirmativos nos territórios da RAS estadual, como prática inovadora que legitima a garantia do direito ao acesso à saúde dos usuários privados de liberdade.

Como mostra o Quadro 4, o RS, ao longo dos anos 2000, vem regulamentando diretrizes para gestão, organização, implantação e implementação de ações e serviços de saúde em estabelecimentos prisionais, com ênfase na APS. No ano de 2005, na Coordenação Estadual da Saúde Prisional do DAS/SES-RS, constituiu-se um Grupo de Trabalho, em conjunto com servidores da Secretaria Estadual de Justiça e Segurança, objetivando a implantação do Plano Operativo Estadual (POE) de Saúde no Sistema Penitenciário (RIO GRANDE DO SUL, 2005), em cumprimento aos termos do PNSSP.

O POE visa garantir a implantação das ações e dos serviços no nível da APS, em unidades prisionais de saúde, e estender o acesso da população carcerária aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, através da sua inclusão nas referências e no âmbito da programação em saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Em 2006, em sequência aos processos de consolidação das políticas de saúde prisional no país, foi aprovada a Resolução CIB/RS nº 101/06 (RIO GRANDE DO SUL, 2006a), que criou o Incentivo Financeiro Estadual, complementar ao Incentivo Federal, para a implementação de EABp nas unidades prisionais com mais de 100 pessoas presas. O valor máximo do incentivo era de R\$ 48.000,00 por equipe/ano.

No mesmo ano, foi aprovada a Resolução CIB/RS nº 179/06 (RIO GRANDE DO SUL, 2006b), em que foi fixado o Termo de Compromisso para os municípios que assumissem a gerência de saúde das Unidades Básicas de Saúde prisionais (UBSp) com mais de 100 pessoas presas. Com a municipalização, avanços significativos ocorreram no contexto de saúde às PPL do RS, tornando-se possível consolidar uma linha específica de financiamento.

Em 2008, três municípios habilitaram as cinco primeiras EABp do estado. Em 2009, outras três equipes foram habilitadas em municípios diferentes. No ano de 2010, foi aprovada a Resolução CIB/RS nº 054/10 (RIO GRANDE DO SUL, 2010), que alterou o valor anual do Incentivo Financeiro Estadual de R\$ 48.000,00 para o valor máximo de R\$ 80.000,00 por equipe completa/ano.

Quadro 4. Diretrizes estaduais sobre atenção à saúde no Sistema Prisional do RS (2005 - 2017).

Título	Ementa	Destaques
Plano Operativo Estadual (POE) de Saúde no Sistema Penitenciário, de 2005.	*****	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação de serviços no nível da Atenção Básica em unidades prisionais. • Ampliação do acesso das PPL aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde do RS.
Resolução. CIB/RS nº 101/2006	<p>Cria Incentivo Financeiro Estadual, complementar ao Incentivo Federal para a implementação, na adesão de municípios, de Equipes Municipais de Saúde Prisional nas unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas.</p> <p>Não está em vigência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo Estadual complementar ao do PNSSP: R\$ 48.000,00 anual. • Equipes com mais de 100 custodiados, com SCNES. • Valor anual fixado de acordo com o número de profissionais cedidos pela SUSEPE, para a composição de cada equipe (médico, odontólogo, enfermeiro, téc/aux. enfermagem).
Resolução CIB RS nº 179/2006.	<p>Aprova o Termo de Compromisso dos municípios que assumirem a gerência de saúde das Unidades de Saúde Prisional, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Justiça e Segurança</p> <p>Não está em vigência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção básica assumida pelos municípios nas unidades prisionais com mais de 100 (cem) presos. • Encaminhamento às referências de maior complexidade para a população prisional. • Contratação dos técnicos necessários e não disponíveis na Casa Prisional (médico, enfermeiro, cirurgião dentista, assistente social, psicólogo, técnico/auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário/ACD ou técnico de higiene dental/THD).

Quadro 4. Diretrizes estaduais sobre atenção à saúde no Sistema Prisional do RS (2005 - 2017) CONTINUAÇÃO

Resolução CIB/RS nº 054 de 2010	Aprova a alteração do valor anual do Incentivo Financeiro Estadual para implementação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas.	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento conforme o número de profissionais disponibilizados pela SUSEPE. • Repasse do valor mínimo ao município, de forma escalonada, no teto máximo de até R\$ 80.000,00. • Investimentos (construção, ampliação, equipamentos e material permanente). • Incentivo financeiro para assistência hospitalar da RAS: R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais) por leito/mês.
Resolução CIB/RS nº 257 de 2011	Aprova a alteração do Incentivo Estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas, conforme Resolução CIB/RS nº 54/2010	<ul style="list-style-type: none"> • Gerência de saúde das Unidades de Saúde Prisional assumida pelos municípios, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria da Segurança Pública. • Incentivo estadual complementar para custeio: materiais de consumo e insumos, manutenção de equipamentos e apoio técnico-administrativo. • Atenção integral à saúde • Atendimento às demandas de assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais. • Enfoque das ações de saúde mental na prevenção psicológica e na promoção da saúde, principalmente, no tratamento da dependência química e no trabalho com a prevenção dos efeitos do encarceramento, a partir de programas que estimulem a construção de projetos vitais, reinserção social, além da constituição e fortalecimento da rede de apoio e suporte social, laboral e afetivo, de forma conjunta e integrada com a equipe de saúde prisional.

Quadro 4. Diretrizes estaduais sobre atenção à saúde no Sistema Prisional do RS (2005 - 2017) CONTINUAÇÃO

Resolução CIB nº 453 de 2011	Aprova a alteração do repasse financeiro para despesas de investimento (construção, ampliação, equipamentos e material permanente), presentes no artigo 2º da Resolução nº 257/11 - CIB/RS.	<ul style="list-style-type: none"> • Repasse financeiro mediante apresentação de Plano de Trabalho municipal, aprovado tecnicamente pela SES/RS e pelo Conselho Municipal de Saúde, sendo transferido em parcela única. • Despesas de custeio (adequação e reforma da unidade)
Resolução CIB/RS nº 757/2014	Aprova a Linha de Cuidado da Mulher Privada de Liberdade, seu bebê e família.	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento realizado pelo Programa Primeira Infância Melhor e Rede Cegonha. • Atenção às mulheres gestantes privadas de liberdade e seus filhos de até 06 anos de idade.

Fonte: Elaborado pela autora.

No ano seguinte, os valores dos incentivos estaduais foram novamente alterados, com a aprovação da Resolução CIB nº 257/2011 (RIO GRANDE DO SUL, 2011a), que propôs novas diretrizes de financiamento, de acordo com a população prisional de cada unidade. Assim, a Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do SUS-RS, por meio desta resolução, estabeleceu seu próprio modelo de gestão e financiamento.

Produziram-se, desse modo, diretrizes para a criação de ações e serviços de APS equivalentes aos serviços de saúde da família ofertados à comunidade em geral, assegurando os princípios da universalidade, da equidade e da atenção integral. Foi uma iniciativa precursora no país, condizendo com as diretrizes internacionais promulgadas pela Organização Mundial da Saúde no que se refere aos cuidados primários em ambientes de confinamento (WHO, 2007). Tais ações, desde 1995, já são uma realidade em países da Europa Ocidental (GATHERER; MOLLER, 2005; NHS, 2016).

Um fator-chave para esse progresso foi propor um financiamento mais adequado. Como referido anteriormente, o valor do repasse da União, via PNSSP,

era insuficiente para implantação e manutenção das EABp, o que levou o RS a estruturar um financiamento próprio, desde 2006, e lançar estratégias de gestão em saúde para garantir a ampliação de ações de saúde nos espaços prisionais.

O Rio Grande do Sul foi o único estado da federação a formular uma política pública de cofinanciamento e cogestão para a implementação de equipes de APS no âmbito prisional, vinculadas às RAS das esferas municipais do SUS. Esse modelo serviu, posteriormente, de inspiração para a criação da PNAISP. Essa política estratégica buscou retirar as UBSp do isolamento, trazendo-as para uma colaboração mais próxima com os serviços de saúde pública da RAS estadual. Nesse sentido, para cada equipe habilitada, há um repasse mensal do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, com a finalidade de manter o funcionamento dos serviços. Esse incentivo é uma das responsabilidades da SES-RS, sendo proporcional ao número de PPL nas unidades prisionais.

Acrescente-se que, face às precariedades existentes no Sistema Prisional e ao escasso financiamento do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, a Resolução CIB nº 257/2011 (RIO GRANDE DO SUL, 2011a) também criou incentivo específico, no valor máximo de R\$ 80.000,00, no momento da adesão pelos municípios, para adequação da área de infraestrutura, aquisição de equipamentos e materiais permanentes, e consequente aparelhamento das UBSp. Alguns meses depois, a Resolução CIB/RS nº 453/11 (RIO GRANDE DO SUL, 2011b) aprovou a alteração do repasse financeiro, conforme mostra o Quadro 5.

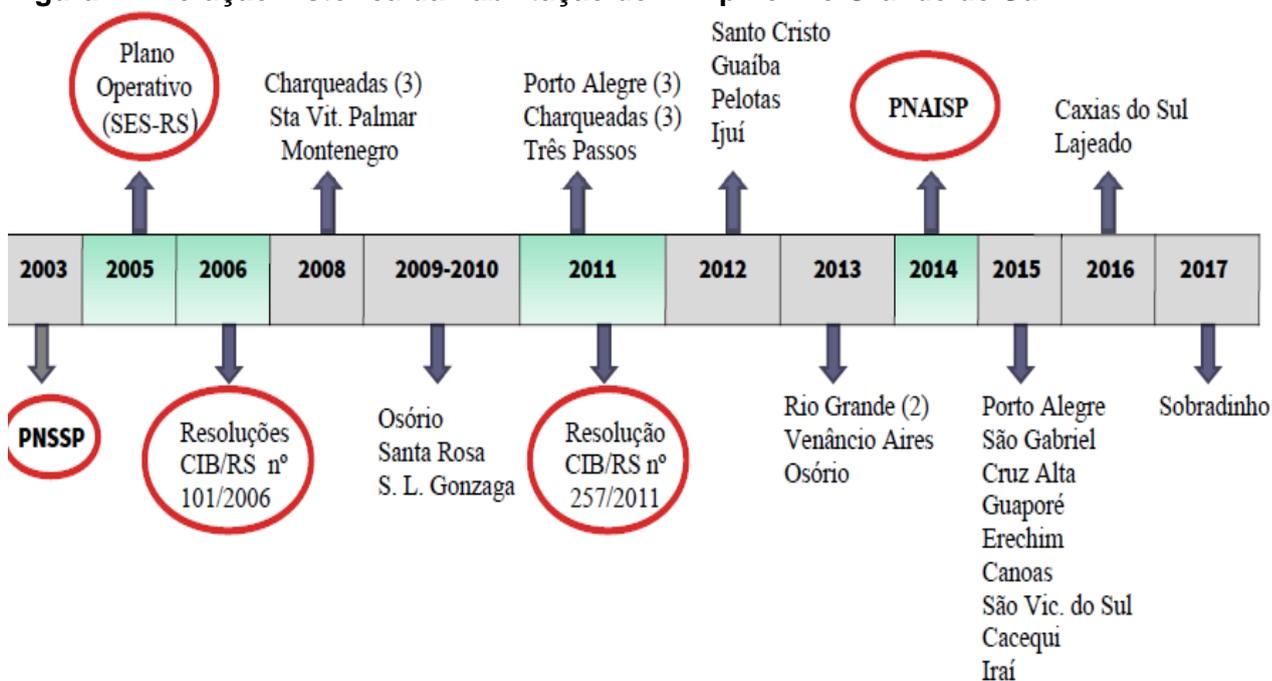
Quadro 5. Financiamento das EABp conforme Resolução CIB/RS nº 453/11.

Estabelecimentos Penais	Valor do Repasse Financeiro (R\$) - teto máximo
Penitenciária Feminina com serviço de referência na atenção integral às gestantes	R\$ 150.000,00
Estabelecimentos penais com população prisional acima de 1.000 pessoas	R\$ 150.000,00
Estabelecimentos penais com população prisional de até 1.000 pessoas	R\$ 80.000,00

Fonte: Rio Grande do Sul (2011b)

Percebe-se que o aumento dos incentivos estaduais foi determinante para o crescimento do número de EABp no RS, que passou de 8 em 2010 para 36 em 2017, com um total de 31 UBSp implantadas em 26 municípios do RS. Em 9 anos da Política no estado, ocorreu um crescimento de 620% das equipes (RIO GANDE DO SUL, 2017). Tal evolução do número de EABp habilitadas no RS pode ser observada na Figura 1.

Figura 1. Evolução histórica da habilitação de EABp no Rio Grande do Sul.



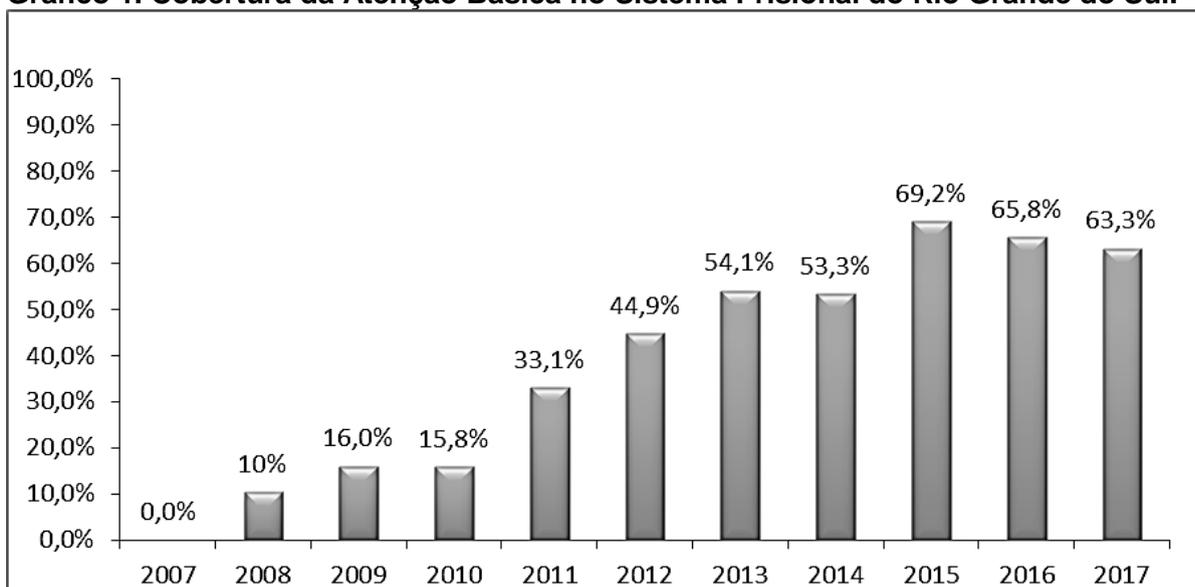
Fonte: Elaborado pela autora.

A fim de mapear o índice de cobertura proporcionado pelo número de EABp, a Área Técnica da Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional do DAS/SES-RS realizou um estudo comparativo no ano de 2014. A metodologia utilizada para realizar esse cotejo entre o aumento das PPL e a implementação de novas equipes de saúde prisionais foi a representação gráfica por meio de mapas, nos quais foram identificados o número de presos no sistema fechado por ano, no período de 2007 a 2017. Nesse mapa de aprisionamento, foram marcadas, com sinais gráficos, as equipes de saúde implementadas em cada território. O quantitativo de presos para o mapa de incidência foi estratificado de acordo com as categorias adotadas pelo Ministério da Saúde para definição das EABp: até 100 presos (EABp I); de 101 a 500

presos (EABp II); de 501 a 1200 presos (EABp III); e acima de 1200 presos (BRASIL, 2014; RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Conforme mostra o gráfico 1, a APS no Sistema Prisional atingiu uma cobertura de, aproximadamente, 60% da população prisional em regime fechado. Destas, 6 Equipes do Tipo I, 26 Equipes do Tipo II e 4 Equipes do Tipo III, o que demonstra que a maioria das equipes de saúde prisional estão em instituições penais com PPL entre 501 e 1200 presos. O estudo evidenciou alta concentração das equipes na região metropolitana do estado, revelando que algumas regiões não têm nenhuma equipe de saúde prisional implantada, apesar do número expressivo de PPL.

Gráfico 1. Cobertura da Atenção Básica no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul.



Fonte: Rio Grande do Sul, 2017.

Todas as equipes são multidisciplinares e muito diferentes entre si, visto que algumas apresentam um histórico de 10 anos de atuação, enquanto outras estão apenas se formando. Portanto, espaços de educação permanente em saúde são fundamentais para qualificação profissional, pois é necessário o entendimento do cuidado em saúde com especificidade nessa população.

Em relação aos serviços especializados de saúde, está previsto que gestores municipais deverão definir as redes de referência no atendimento em saúde mental (psiquiatria), saúde da mulher (ginecologia), atenção em doenças infectocontagiosas (infectologista) e saúde da criança (pediatria) – nos

estabelecimentos prisionais com unidade materno-infantil – e manter-se articulados com os profissionais da EABp. Para os municípios com população prisional de até 100 pessoas presas, orienta-se ao município que a rede de APS (saúde da família) realize o acompanhamento da população prisional, podendo contar com o recurso federal previsto na PNAISP (RIO GRANDE DO SUL, 2005; 2011a; BRASIL, 2014).

Esse recente panorama justificou a necessidade de uma busca por subsídios que acrescentassem elementos para o aprimoramento da atenção à saúde nas prisões do RS por meio dos atributos da APS, criando eixos primordiais de gestão. Atualmente, a Política Estadual, em parceria com as CRS, opera em algumas linhas prioritárias, as quais estão voltadas para os seguintes tópicos (RIO GRANDE DO SUL, 2017):

- a. Apoio institucional para habilitação e cofinanciamento das UBSp nos municípios.
- b. Apoio para implantação do sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) e dos sistemas de notificação de agravos.
- c. Fomento a propostas de Apoio Matricial nas EABp, juntamente com as redes de saúde dos municípios, com foco em atenção ao pré-natal, programas de saúde mental e de referência para o tratamento de doenças infectocontagiosas. Notadamente, a presente pesquisa de mestrado é oriunda desta proposta, igualmente precursora no país.
- d. Apoio na implantação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP, com a descentralização do piso de assistência farmacêutica para as PPL, no valor correspondente a R\$ 17,73 (dezessete reais e setenta e três centavos) por pessoa.
- e. Implantação do Grupo Conductor Estadual de Controle da Tuberculose e Coinfecções no Sistema Prisional. Em 2014, foram implementadas ações para melhoria na detecção de casos através do TB-Reach, Estrutura do Stop TB Partnership, disponibilizando exames radiológicos, laboratoriais e atendimento clínico, além de atividades educativas para os profissionais das EABp e PPL, e estabelecendo rotinas de protocolos que profissionalizam o atendimento em tuberculose nas unidades prisionais de Porto Alegre e Charqueadas.

- f. Desenvolvimento de pesquisas para avaliar as condições de saúde no que diz respeito às doenças transmissíveis, à saúde mental e às violências mais prevalentes na população de mulheres privadas de liberdade do estado do RS.

É importante destacar ainda a articulação intersetorial para implantação do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) no cárcere. O PIM, em conjunto com a Política de Atenção Básica no Sistema Prisional do RS, desenvolve, desde 2012, atividades voltadas para mulheres e crianças alocadas na Unidade Materno Infantil (UMI) do Presídio Feminino de Porto Alegre (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Essa iniciativa ocorreu pela compreensão de que a saúde no Sistema Prisional vai além da garantia do acesso às consultas e procedimentos e de que as particularidades do aprisionamento feminino e a manutenção das crianças no cárcere com suas mães requerem maior atenção. Em 2016, iniciou-se a criação da Linha de Cuidado Intersetorial Materno Infantil voltada a mulheres em situação de privação de liberdade nas quatro penitenciárias exclusivamente femininas do estado, localizadas nas cidades de Porto Alegre, Guaíba, Lajeado e Torres (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

As visitas do PIM a mulheres encarceradas e seus filhos visam facilitar o empoderamento feminino, o desenvolvimento biopsicossocial saudável dos bebês e o fortalecimento das interações positivas da díade mãe-bebê. Isso tem se dado a partir de visitas semanais a mães privadas de liberdade durante a permanência do seu filho na prisão. A continuidade da visita domiciliar ocorre quando a criança é encaminhada para a família extensa. Os filhos de mulheres privadas de liberdade que se encontram com a família extensa já são contemplados pelo programa (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Diante disso, é possível inferir o esforço permanente da Política Estadual em garantir o direito integral e equânime à saúde da população privada de liberdade, com vistas a ocupar espaços afirmativos nos territórios das RAS, como prática inovadora que coincide com os princípios do SUS e os atributos da PNAB.

Finalmente, esta revisão, ao analisar os parâmetros normativos que fundamentam a Política Pública de Saúde no Sistema Prisional, evidenciou a existência de regulamentação específica – tanto em nível federal quanto estadual –

que estabelece um procedimento decisório claro, com definição de fluxo, financiamento e gestão, demonstrando existirem parâmetros a ser aplicados homogeneamente em todas as unidades de saúde do Sistema Prisional nacional e do RS, com vistas à garantia de direitos e ao acesso a bens e serviços pelas PPL.

Nas normas analisadas, constatou-se a associação entre as legislações gerais sancionadas pelo Legislativo Federal, como é o caso da Constituição de 1998, a LEP e o SUS, e as sancionadas pelo poder Executivo, como a PNAB, a RAS, a PNAISP e as CIB-RS. Todas colaboram para a implantação da política pública de saúde no Sistema Prisional, com vistas à titulação e à vivência do direito à saúde durante o encarceramento, bem como para a criação de condições concretas de acesso à saúde.

Sabe-se que as legislações, por si sós, não mudam a realidade, pois não são suficientes para garantir o acesso das PPL aos serviços de saúde, visto que o uso efetivo dos serviços de APS nas prisões resulta de uma multiplicidade de fatores individuais, contextuais e relativos à qualidade do cuidado prestado. Em contrapartida, subsidiam os gestores na implantação de políticas públicas adequadas a cada contexto, embora ainda seja necessário um conjunto de ações para garantir o que está previsto em lei. Expressam, acima de tudo, que o segmento populacional em questão se encontra privado de liberdade, mas não de seus direitos sociais. Diante disso, fica claro que, em termos de saúde, o que é possível para uns deve estar disponível para todos.

Percebe-se ainda a existência de um conjunto de diretrizes destinadas a guiar o trabalho das equipes de APS nas prisões e voltadas para uma compreensão ampliada sobre as demandas e necessidades de saúde da população em território prisional. A integralidade e a equidade de saúde estão entre os principais eixos estruturantes, diretrizes nas quais se baseia o SUS. É relevante considerar, também, as condições específicas de cada município do RS, de cada unidade prisional e de cada equipe de saúde prisional, pois, nesses contextos, serão estruturados os processos de trabalho, os modos de compreender a saúde e as formas de lidar com os fluxos internos e externos para acessar as diversas redes de serviços.

Seguindo esta lógica argumentativa, e expressando coerência com os resultados posteriormente descritos nos diferentes temas analíticos, serão apresentados, no próximo tópico, em termos teóricos coerentes com os atributos e

diretrizes previamente descritos, os conceitos e vertentes epistemológicas que deram base à compreensão ampliada sobre o fenômeno do trabalho e o Apoio Matricial em saúde no âmbito do Sistema Prisional.

2.2 TRABALHO EM SAÚDE: UMA TAXONOMIA DE NECESSIDADES DE SAÚDE E O MÉTODO PAIDEIA

Esta pesquisa, por abordar a experiência e perspectivas de profissionais de saúde sobre o cotidiano de trabalho no Sistema Prisional, utiliza matrizes teóricas que proporcionam uma visão multidimensional sobre o fenômeno investigado (trabalho em saúde e metodologia de Apoio Matricial). Possibilita, assim, maior compreensão sobre as particularidades que envolvem a atenção à saúde em um ambiente de confinamento.

Diante das possibilidades teóricas e metodológicas, optou-se pela *Taxonomia de necessidades de saúde* (CECILIO; MATSUMOTO, 2006) e pela *Teoria-Método Paideia* (CAMPOS *et al.* 2014). Ambas propõem analisar o trabalho em saúde a partir do conceito de necessidade, sem deixar de exprimir a dialética do individual e do social.

Tanto a Taxonomia de necessidades de saúde quanto o Método Paideia possibilitam o diálogo e a mediação entre diferentes perspectivas e matrizes teóricas. Foram utilizadas, nesta dissertação, como teorias de médio alcance (LIEHR; SMITH, 2017), pois estão a meio caminho das grandes teorias e da prática. Guardam características de referenciais teóricos e também metodológicos, ampliando a capacidade analítica sem, com isso, simplesmente, adaptar os dados empíricos à teoria.

O quadro 6 sistematiza as matrizes teóricas da Taxonomia proposta por Cecilio e Matsumoto (2006). Nesse quadro, foram sistematizados quatro conjuntos de ideias. No primeiro, são reunidas definições de autores de uma matriz funcionalista. A análise recai sobre os fatores externos e ambientais que determinam os processos saúde-doença. Por outro lado, têm-se os autores marxistas. Para eles, as diferentes necessidades de saúde refletem o modo de viver. Logo, os modos de adoecer e morrer são determinados pelo lugar que os indivíduos ocupam nos processos produtivos das sociedades capitalistas (CECILIO; MATSUMOTO, 2006).

Quadro 6. Uma Taxonomia de necessidades de saúde.

Necessidade de boas condições de vida	<ul style="list-style-type: none"> • No funcionalismo-humanista de San Martin. • Por autores marxistas como: Berlinguer: “doença como expressão de forças produtivas que agem sobre a sociedade”; ou Franco: “a saúde como conjunto de possibilidades de vida”; e mesmo Castellanos: “A reprodução humana implica a reprodução da vida”. • Tais concepções estão operacionalizadas em modelos tecnoassistenciais como “Cidade Saudável” e SILOS. • Fazem parte do discurso clássico da Saúde Pública e da Organização Mundial de Saúde (Saúde para todos no ano 2000).
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	<ul style="list-style-type: none"> • Tema das clássicas taxonomias de saúde desenvolvidas por Bradshaw e Pineault. • Inclui a concepção de ação programática tal qual apresentada por Dalmaso, Neme e Schraiber. • Inclui a concepção de necessidade individual tal qual apresentada por Sousa Campos.
Necessidade de manter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	<ul style="list-style-type: none"> • Incorpora as ideias difundidas por Sousa Campos e Merhy, no “modelo” LAPA, baseados em uma “recuperação” do vínculo existente na Clínica. • Incorpora ideias que têm sido de Saúde da Família, elaboradas pelo Ministério da Saúde e adaptadas a várias experiências conduzidas em muitos municípios brasileiros.
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)	<ul style="list-style-type: none"> • Incorpora as ideias defendidas por Merhy e Sousa Campos, com base nas ideias de Canguilhem: “os modos de andar a vida”. • Incorpora ideias do pensamento crítico em Educação em Saúde.

Fonte: Cecílio e Matsumoto (2006, p. 01)

O segundo conjunto aborda as necessidades de saúde como garantia ao acesso e consumo de tecnologias, seja de caráter coletivo, seja de caráter individual. Trata-se das necessidades derivadas da demanda espontânea ou do atendimento clínico. Nesta matriz teórica, a epidemiologia e a clínica complementam uma à outra. Somam um conjunto de conhecimentos e esforços que contribui para a identificação das necessidades de saúde da população. E não deixam de considerar as

demandas, pois estas constituem a expressão de aspirações da sociedade por direitos sociais (PINHEIRO *et al.* 2005; CECILIO; MATSUMOTO, 2006).

O terceiro conjunto enfatiza o fortalecimento do vínculo como aspecto essencial da prática clínica. Parte da eficácia do cuidado está no restabelecimento “da arte da fala e da escuta entre pacientes e profissionais, entre equipe e família, entre instituições e sociedade” (CAMPOS; CECILIO, 1994 apud CECILIO; MATSUMOTO, 2006, p. 5). Para esses autores, o cotidiano do trabalho é um espaço privilegiado na construção desta eficácia (escuta e negociação). A coletivização da gestão dos serviços está associada à interação dialógica e estratégica entre os diferentes segmentos sociais (profissionais, usuários, gestores), garantindo, assim, o acesso dos usuários às ações de saúde e às múltiplas opções tecnológicas e níveis de atenção à saúde.

O quarto e último conjunto refere-se à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, sendo a informação e a educação partes do processo de sua construção. A autonomia implicaria possibilidade de reconstruir sujeitos e sentidos, e essa ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver. Inclui-se aí a luta pela satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível (CECILIO; MATSUMOTO, 2006; CAMPOS; 2006; CAMPOS; AMARAL, 2007).

É interessante notar que apenas o último conjunto (matriz teórica) traz a definição de necessidades de saúde a partir do usuário (usuário-centrado). Contudo, a ideia de necessidade não deve carregar qualquer visão essencialista, ou até mesmo espontaneísta, dos sujeitos envolvidos. Se assim for, acabará por desconsiderar a luta de saberes e poderes (políticos, ideológicos, sociais e econômicos) pela hegemonia na organização das práticas no cotidiano das instituições de saúde.

Conforme pode ser observado, há um fio condutor entre os quatro conjuntos, expressando-se através da transversalidade entre as necessidades e o processo de trabalho instaurado para satisfazê-las. Então, como pressuposto, as perspectivas sobre as necessidades não devem recair em ideias conceituais cristalizadas. Apesar de as matrizes manterem uma lógica conceitual complementar, é possível constatar o reconhecimento de sua modulação conceitual. Esse movimento avança/recua conforme os avanços científicos e político-sociais evoluem ou retrocedem no tempo

e no espaço, mediados pelas compreensões epistemológicas, ideológicas e econômico-políticas.

Logo, a concepção de necessidade (na prática) é construída e variável, pois não é estática e alheia ao movimento da sociedade. Do mesmo modo, variam os saberes e as práticas produzidas no processo de trabalho em saúde. Esta variabilidade depende de uma gama de fatores os quais se expressam em obstáculos que vão desde o estrutural, o político, o cultural, o subjetivo, o ético e o de comunicação até o epistemológico (CAMPOS; DOMITTI, 2007), modulando a oferta de serviços e a prática dos profissionais de saúde.

Quanto ao obstáculo estrutural, expressa a forma como estão organizados os serviços de saúde e também remete ao excesso de demanda e à carência de recursos, como o humano, o material e o financeiro (CAMPOS; DOMITTI, 2007; PAULA *et al.* 2016). O SUS ainda se constitui enfrentando o desafio de funcionar com carência de recursos e demanda excessiva, com consequências negativas para a resolutividade da atenção, e por isso apontando para a necessidade de racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados.

Os obstáculos político e de comunicação relacionam-se ao poder nas organizações de saúde, o que se expressa nas dificuldades do processo de mudança institucional provocadas pelo descompasso entre os tempos e ritmos da gestão e as transformações das práticas no cotidiano do trabalho em saúde. Esse poder tende a concentrar-se nos diretores, médicos e especialistas, de forma que chega a fazer parte da mentalidade e legislação do SUS (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Faz-se necessário, portanto, ampliar os espaços coletivos para participação e controle social, com circulação de informações e compartilhamento do poder entre os profissionais.

Quanto aos obstáculos subjetivo e cultural, refletem a dificuldade de trabalhar em equipe, compartilhar conhecimentos e superar conceitos de autonomia profissional como forma individualista de trabalho (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Necessita-se, assim, de ações destinadas a apoiar a formação de espaços de reflexão e análise crítica sobre o próprio trabalho e pertinentes aos problemas de relação entre a equipe.

Os obstáculos epistemológicos são aqueles alusivos ao referencial teórico dos profissionais e equipes sobre o processo de saúde e doença. Geralmente, a matriz

teórica é restritiva, tendendo ao biológico, ao social e/ou à subjetividade. Nesse sentido, é preciso trabalhar sob o enfoque da clínica ampliada e com “adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 405).

Essas barreiras são evidenciadas por diversos estudos no âmbito da APS brasileira, os quais destacam que o subfinanciamento público com restrição da retaguarda terapêutica, aliada a mecanismos pouco eficientes de programação e planejamento em saúde agravam problemas decorrentes de vazios assistenciais presentes em regiões de saúde, em diferentes localidades do Brasil (ALMEIDA *et al.*, 2016; SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Nesse sentido, a escassez de recursos especializados, hospitalares e de urgência e emergência sobressai na discussão das redes (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Esse cenário de escassez e desarticulação entre os serviços da RAS (atenção primária, secundária e terciária) favorece a criação de circuitos paralelos e o exercício de práticas clientelistas que privilegiam os interesses privados e transformam o direito à saúde em troca de favores (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Diante disso, é possível constatar que, apesar de a APS ter ampliado o acesso à saúde, também apresenta uma precariedade no que se refere ao tipo de acesso ofertado. As pesquisas qualitativas mostram acesso precário, com demorado tempo de espera para atendimento - mais de uma ou várias semanas para a maioria dos serviços (PAULA *et al.*, 2016) - e com persistentes problemas de acolhimento na sua dimensão relacional (ARRUDA; BOSI, 2017).

Outros estudos indicam a fragilidade do acesso e de coordenação do cuidado nos serviços de APS. Em vários locais do Brasil, o acesso é o atributo da APS com pior avaliação, independentemente de ser um serviço de saúde da família (ESF) ou centro de saúde tradicional, como a UBS (CASTRO *et al.*, 2012; SILVA, BAITILO; FRACOLLI, 2015; PAULA *et al.*, 2016). Como síntese geral, pode-se afirmar que o acesso é ruim na APS brasileira, e que as equipes de saúde da família apresentam grandes dificuldades para coordenar o cuidado de saúde em rede. Isso se reflete nos demais atributos e na efetividade do SUS como um todo.

Além desses problemas, outras barreiras em relação à integração entre níveis assistenciais são apontadas pelos estudos, entre as quais, desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais de APS e dificuldades para o

agendamento de consultas especializadas; falta de cooperação entre profissionais dos diferentes níveis; ausência de valores e metas compartilhadas acerca dos resultados organizacionais; insuficiência e descontinuidade dos processos comunicacionais; descompasso entre o desenho da regionalização e a participação incipiente do usuário no processo de atenção (RODRIGUES et al., 2014).

Essa realidade configura limites e desafios para relacioná-la com as demandas em saúde, ainda mais numa perspectiva de direitos. Com isso, o processo de trabalho exige uma problematização acerca de sua tensão essencial: o poder do saber na saúde (PINHEIRO *et al.* 2005; CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013; CAMPOS *et al.* 2014). A partir daí, retoma-se a ideia da necessidade de saúde proposta no quarto conjunto. O *Método Paideia*, enquanto síntese resultante desse conjunto de ideias, busca o movimento tanto de inversão como de reconhecimento ampliado (clínica ampliada) sobre a categoria *necessidade*.

Para tanto, a *ótica biomédica* (atender a demanda e evitar a morte), não deve ser considerada como o único padrão legítimo de cuidado em saúde. A *ótica do usuário* (usuário-centrado) também passa a ser legitimada. Não se trata de uma relação de oposição, pois “tratados sobre a doença ou sobre a fisiologia padrão dos seres humanos ajuda a clínica. Mais do que a ajudar, a torna possível” (CAMPOS, 2007, p. 65).

Por outro lado, a biomedicina possui limites, como qualquer saber estruturado que não seja plástico, à variação dos *casos concretos* (condição e estilo de vida, modos de sociabilidade, morbidades, redes de apoio etc.) em um dado *contexto* (ambiente e momento histórico) (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). O desafio estaria em passar desse campo “de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana” (CAMPOS, 2007, p. 65).

Diante disso, não só a informação, na forma de avanços científicos, tecnológicos, políticos, econômicos e sociais, como a educação na saúde, por meio da formação profissional, são campos de compreensão e construção tanto das necessidades quanto das demandas e da oferta de serviços. Essas necessidades serão compreendidas a partir do reconhecimento das demandas, visto que:

Não se trata de negar legitimidade à demanda do desafio gerencial dos Sistemas Públicos, mas sim, de conseguir, através de seu reconhecimento, 'elevar os padrões de consciência, garantindo a insubstituível expressão

individual das aspirações e desejos das pessoas sem deixar de trabalhar criticamente as noções e comportamentos considerados equivocados do ponto de vista da Clínica e da Epidemiologia e, ao mesmo tempo, agregando ações sanitárias consideradas necessárias do ponto de vista destes saberes' (CAMPOS, 1994b apud CECILIO; MATSUMOTO, 2006, p. 5).

A demanda é uma dimensão visível e real do sofrimento humano e do direito da pessoa à saúde. Logo, a definição de necessidade não deve ser desconsiderada pela ênfase dada ao caráter social da doença e sua hipervalorização na formulação e gestão das políticas públicas de saúde (PINHEIRO *et al.* 2005; CAMPOS, 2007).

A divisão autoritária entre demanda e necessidade impede a relação/interação entre esses elementos. Impede a compreensão sobre o fenômeno e o seu movimento diante de um contexto particular. Esse caráter dicotômico tende a analisar tanto a demanda quanto a necessidade e a oferta de serviços como componentes isolados, descolados do contexto em que estão inseridos, de modo que a demanda e a necessidade sejam relacionadas apenas aos usuários, e a oferta, aos serviços - ou seja, aos fornecedores - com seus componentes, os profissionais de saúde e os gerentes (PINHEIRO *et al.* 2005).

A demanda, a necessidade e a oferta de serviços são nexos constituintes das práticas de integralidade. Não há produção de cuidado ampliado sem a inter-relação entre eles. É o nexo entre essas dimensões que faz do direito à saúde uma prática social inerente à condição humana. São, portanto, elementos fundamentais para a concretização do direito à saúde. A partir das contradições que permeiam a relação entre um e outro (relações de poder e saber) é que se alcança, com maior ou menor intensidade, o acesso universal aos cuidados em saúde, os recursos necessários para provê-los, a qualidade dos serviços, nos quais as práticas culturais são consideradas, e a educação e a informação como meios de sua produção e reprodução social (PINHEIRO *et al.* 2005; CAMPOS, 2007).

O reconhecimento desse movimento não é algo simples. Exige mudanças na produção do cuidado em saúde, que inclui mudanças na formação e na gestão do trabalho em saúde (PINHEIRO *et al.* 2005; CECILIO; MATSUMOTO, 2006; CAMPOS, 2007; CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013; CAMPOS *et al.* 2014).

A transformação do trabalho (gestão, formação e assistência) não ocorre somente pelas mudanças técnico-operacionais. É preciso enfrentar o poder

hegemônico que orienta o saber na saúde (informação e formação). Isso envolve mudanças tanto nas relações quanto nos processos e nos atos de saúde, mas, sobretudo, nas pessoas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

2.2.1 Interfaces do Método Paideia: a metodologia de Apoio Matricial

Experiências e iniciativas municipais e estaduais no SUS, voltadas para a garantia do direito à saúde e em defesa da vida (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016), demonstram que o poder do saber na saúde incide, de forma imperativa, na formação, no processo de trabalho e na gestão das políticas.

Ao questionar a função do trabalho em saúde, questiona-se a formação dos profissionais e, conseqüentemente, o papel da gestão e do planejamento. Defender a Saúde como um direito de cidadania (o que é para um deve ser de acesso a todos) produz modulações e tensões tanto políticas quanto ideológicas. O enfrentamento dessas tensões requer, sobretudo, a interação entre diferentes segmentos sociais, interesses e perspectivas.

Diante do jogo de poder que impera nos atos de gerenciar, planejar e operacionalizar as políticas de saúde, o Método Paideia propõe que as tensões sejam enfrentadas e moduladas a partir das inovações praticadas pelos sujeitos no cotidiano de trabalho. Tais inovações produzem saberes crítico-reflexivos, pois dialéticos, fruto de uma ação pedagógica, participativa, estratégica e interdisciplinar (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016).

Esse esforço de superação do *status quo* busca, em última análise, a transformação do trabalho em saúde. Durante esse processo, são construídos e reconstruídos *efeitos Paideia*. O efeito Paideia busca ampliar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o mundo, em diferentes contextos e sobre si mesmas (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). Espera-se maior capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos, ampliando, assim, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações.

Nessa linha de pensamento, há uma indissociabilidade entre o mundo da vida e os sujeitos que nele intervêm, ao mesmo tempo em que sofrem suas

consequências. Esta ideia é produto de uma ética radical, que pensa teoria e método de maneira dialética, constituída a partir da práxis (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013; OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

O Método Paideia preconiza a reforma das organizações e do trabalho em saúde com base na *cogestão*. Esta é uma categoria do método e refere-se ao *compartilhamento de conhecimentos e de poder* entre pessoas e organizações. Outras três expressões exprimem esta mesma ideia: a corresponsabilização, a gestão compartilhada e a gestão democrática.

A cogestão foi, metodologicamente, construída para ser aplicada em três eixos de intervenção: a) o Apoio Institucional: voltado para a gestão dos serviços de saúde; b) o Apoio Matricial: voltado para a gestão interdisciplinar e as relações interprofissionais; c) a Clínica ampliada e Compartilhada: voltada para as relações clínicas e terapêuticas, fundamentadas no vínculo, na qualidade da assistência e na corresponsabilização entre profissionais, usuários e gestores. Esses três aspectos são indissociáveis. Através da correlação entre eles, produzem-se os efeitos Paideia: pedagógicos, terapêuticos e institucionais (CAMPOS *et al.*, 2014).

Os efeitos educativos resultam na ampliação do conhecimento, o que aumentaria a capacidade técnica de intervir. Os efeitos terapêuticos surgem de mudanças dos indivíduos, seus valores e suas visões de mundo. Os efeitos institucionais resultam de mudanças nas relações e no contexto de trabalho (HIRDES; SILVA, 2017). Então, o Apoio Matricial, entendido aqui como sinônimo de matriciamento, é tanto uma metodologia de trabalho para fazer algo (sendo este o objeto da presente dissertação), como um arranjo organizacional: serviço de saúde.

No Brasil, o modelo de cuidados colaborativos é o do Apoio Matricial, desenvolvido por Gastão Wagner Campos e colaboradores em Campinas, no final do século XX (CAMPOS, 1999). Atualmente, programas do Ministério da Saúde incorporaram essa perspectiva de trabalho, por exemplo, o HumanizaSUS, a Saúde Mental e a Atenção Primária (CASTRO; CAMPO, 2016).

Desde sua implementação no SUS, diferentes modalidades de matriciamento vêm sendo desenvolvidas (ATHIE *et al.*, 2013; MACHADO; CAMATA, 2013; BOMFIM, 2013), mas aqui o termo matriciamento ou metodologia de Apoio Matricial será definido como: “atividade de atendimento colaborativo interdisciplinar onde um profissional especializado realiza um atendimento conjunto ou discussão de

caso com a equipe de referência para traçar um plano terapêutico” (FORTES; BALLESTER, 2012, p. 266).

Em 2008, a publicação da Portaria nº 154, que regula a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), normatizou a prática de matriciamento, definindo-a como modelo de cuidados colaborativos no SUS, com vistas ao cuidado integral à saúde (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013). Constitui-se, portanto, em uma prática de cooperação entre equipes de APS e suas referências de apoio (setoriais e intersetoriais) e como modo de ampliar o trabalho com os cuidados primários em saúde em toda sua complexidade.

O Apoio Matricial pode ser desenvolvido em três linhas de ação: *retaguarda especializada, suporte assistencial e apoio pedagógico* (CAMPOS; DOMINITTI, 2007; BRASIL, 2014g). A retaguarda e o suporte vão produzir ação clínica direta com os usuários. Isso significa que a equipe de referência (generalistas da APS) poderá solicitar apoio, mediante uma necessidade ou problema de saúde individual ou coletivo que precise de uma abordagem especializada. Por outro lado, a dimensão técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe de referência. Ela é realizada através de oficinas e capacitações, bem como de práticas de educação permanente, por meio do compartilhamento de saberes, durante a utilização das ferramentas da metodologia de apoio matricial, com vistas à elaboração do plano de cuidado integrado (CAMPOS *et. al.* 2014).

Como observado essas três linhas de ação implicam sempre na construção de um projeto terapêutico que poderá ser desenvolvido sob a forma de três planos fundamentais: atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e profissional da equipe de referência; atendimento ou intervenção específica do apoiador, porém mantendo esse contato com a equipe de referência e troca de conhecimentos e orientações entre apoiador e equipe, cabendo à equipe de referência o seguimento complementar do cuidado; e por último, a troca de conhecimento e de orientação entre equipe e o apoiador na avaliação do caso e orientação de condutas, permanecendo o caso sob a responsabilidade e o cuidado da equipe de referência (CAMPOS; DOMINITTI, 2007).

A função dessa metodologia colaborativa de trabalho (retaguarda, suporte e apoio) está diretamente relacionada ao que se denominou, nesta dissertação, de “*Instrumentalidade do Apoio Matricial*”. Pode ser entendida, à primeira vista, como a

instrumentação técnica necessária para o alcance dos objetivos e finalidades do Apoio Matricial. Todavia, o sufixo “dade” tem a ver com capacidade, qualidade ou propriedade de algo. Sendo assim, a instrumentalidade do Apoio não se reduz exclusivamente à técnica.

A metodologia de Apoio Matricial no SUS está fortemente embasada nos atributos que orientam a prática da APS.⁵ Seus referenciais conceituais visam, em tese, o cuidado continuado, longitudinal, próximo e integral. Logo, a função de Apoio é justamente contribuir para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo e integrado, com vistas à ampliação da capacidade de cuidado, de abrangência e escopo das ações ofertadas pelas equipes de referência (generalistas) (FORTES; BALLESTER, 2012).

Nesse sentido, a Instrumentalidade do Apoio Matricial é orientada por ferramentas (técnico-operativa-pedagógica) e pelos atributos norteadores da APS (orientações teórico-conceituais), somados às competências de cada núcleo profissional (identidade e práticas). O quadro 7 mostra os conceitos que se destacam como fundamentais para o exercício do matriciamento e o uso desta metodologia de trabalho.

Quadro 7. Conceitos norteadores do Apoio Matricial.

Equipe de Referência	<ul style="list-style-type: none"> • Termo utilizado para equipes de saúde da família e de unidades básicas de saúde em relação à comunidade. Atuam como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em quaisquer desses pontos, através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com objetivo de produzir a gestão compartilhada da clínica. Articulam também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais (públicas, comunitárias e sociais).
Trabalho Interprofissional	<ul style="list-style-type: none"> • Refere-se ao trabalho colaborativo estruturado em torno da divisão do trabalho e de objetivos comuns entre os profissionais. Promove a interação dialógica entre profissionais e disciplinas, no esforço conjunto para resolver ou explorar questões comuns, incluindo, ao máximo, a participação do usuário (usuário-centrado).

⁵ O Apoio Matricial se inspirou na lógica da territorialização, em que cada grupo de especialistas é referência para uma determinada área, possibilitando construção de vínculos entre profissionais, apesar de participações episódicas. Esta lógica corresponde à proposta contida no Relatório Dawson (1920) e tem sido utilizada no Reino Unido (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015). O SUS é herdeiro deste Relatório.

Quadro 7. Conceitos norteadores do Apoio Matricial. CONTINUAÇÃO.

Enfoque na Integralidade	<ul style="list-style-type: none">• Entendimento de que cada sujeito interfere ativamente em seu processo saúde-doença-cuidado, sem desconsiderar a determinação social desse fenômeno. Busca atenção qualitativa, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde. Estabelece articulação orgânica com o conjunto da RAS. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter conhecimento sobre a ampliação da clínica, a realidade local, o trabalho em equipe colaborativa e a ação intersetorial.
Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none">• Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente. Acompanha os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.
Formação de Vínculo	<ul style="list-style-type: none">• Relação entre os profissionais de saúde e os usuários/famílias, é considerada importante para o sucesso ou insucesso das condutas terapêuticas. A construção de vínculos e a confiança impactam tanto na qualidade dos cuidados como nos custos da atenção à saúde. Na formação de vínculo, é fundamental que os usuários não sejam vistos apenas como pacientes dos profissionais, mas como principais parceiros das equipes, tanto na decisão sobre sua saúde e a da comunidade, como na orientação do planejamento e programação das unidades de saúde.
Horizontalização	<ul style="list-style-type: none">• A cooperação horizontal deve ser pensada como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de executar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ela deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Nesse sentido, baseando-se em relações contínuas e solidárias, pressupõe o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, a autonomia e o compromisso dos trabalhadores e gestores.

Fonte: Elaborado pela autora. Fundamentado em: Starfield (2002); Campos (2007); Campos e Dominitti (2007); Campos *et al.* (2014); Brasil (2014g); Oliveira e Campos (2015); Castro, Oliveira e Campos (2016).

Em síntese, a relação de matriciamento deve ser, além de técnica, quando diferentes saberes se encontram, também de vínculo pessoal, sendo imprescindível o conhecimento mútuo entre especialistas e equipe da APS. O sujeito desse

processo de matriciamento é o usuário/família, e o objeto de trabalho conjunto entre especialista e generalista é o plano de cuidado individual e/ou familiar.

A formulação desse plano de cuidado se dá através de um conjunto de ferramentas técnico-operativas (ver quadro 8). Essas ferramentas apresentam um viés assistencial e pedagógico que busca, simultaneamente, a produção do cuidado ampliado em saúde (usuário/família) e a formação em serviço (profissionais). Nesse sentido, a metodologia de Apoio Matricial está ancorada em práticas de educação permanente voltadas para o trabalho interprofissional (colaborativo).

Quadro 8. Ferramentas da metodologia do Apoio Matricial.

Interconsulta	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento para discussão de casos clínicos (clínica ampliada) entre os profissionais apoiadores e de referência. • Compartilha saberes entre diferentes núcleos profissionais e disciplinas. • Amplia o entendimento (demandas e necessidades) sobre os problemas de saúde individuais e coletivos de um determinado território. • Mapeia os recursos disponíveis (na UBS/ESF, e demais redes de apoio) a fim de planejar a conduta terapêutica integrada e adequada a cada usuário/família.
Consulta conjunta	<ul style="list-style-type: none"> • Uma das formas de viabilizar a interconsulta. • Realiza-se em conjunto com o usuário/família e ao menos um profissional de referência e um matriciador. • Discute a conduta terapêutica junto com o usuário, considerando as possibilidades, as dificuldades e a melhor estratégia para concretizar o plano de cuidado.
Visita domiciliar conjunta	<ul style="list-style-type: none"> • Similar à consulta conjunta, com a diferença do local de sua realização. • Ocorre no domicílio do usuário/família. • Define previamente o objetivo da visita e pactua com o usuário/família esse objetivo, o horário, o número de profissionais que estará presente etc.).
Práticas em grupo	<ul style="list-style-type: none"> • Ações coletivas de educação em saúde (grupos e oficinas terapêuticas). • Exige um atributo de suporte e de reflexão por parte dos envolvidos (profissionais e matriciadores). • Necessita do compartilhamento de ideias para a reformulação das ações coletivas já existentes ou a implementação de novas. • Precisa de reflexão sobre as demandas e necessidades de saúde a fim de planejar ações adequadas e integrais, por exemplo: Esta proposta favorece a população deste território? Poderia compor a proposta do plano de cuidado deste usuário?

Quadro 8. Ferramentas da metodologia do Apoio Matricial. CONTINUAÇÃO.

- Plano de cuidado
- Incorpora todas as outras ferramentas.
 - É um instrumento para Gestão de Caso ou de Projeto Terapêutico Singular.
 - Propõe organizar, planejar, acompanhar, monitorar e avaliar a proposta terapêutica de cada usuário/família.
 - Institui a função de gestor de caso ou de técnico de referência, que acompanhará, juntamente com o usuário, o plano de ação, identificando as alterações necessárias e ampliando a discussão junto aos demais membros da equipe de saúde.
 - Baseia as ações na contratualização (usuário e profissionais).
 - Tem por finalidade, ao ampliar a comunicação entre profissionais e usuários, aumentar a eficácia e a resolutividade na abordagem dos problemas, fortalecer o vínculo e aumentar o grau de corresponsabilização entre os envolvidos.

Fonte: Elaborado pela autora. Fundamentado em: Chiaverini (2011); Brasil (2014h), e Mendes (2015).

Diante disso, o compartilhamento de saberes entre apoiadores (especialistas) e equipe de referência (generalistas da APS), tanto na prevenção quanto nas ações clínico-terapêuticas “deve partir das evidências e da avaliação de riscos para negociar com as pessoas em termos de redução de danos: o que é possível neste caso, para este paciente, neste contexto?” (CAMPOS *et. al.* 2014, p. 991).

Nesta dissertação, a instrumentalidade do Apoio Matricial (atributos, ferramentas e competências) tem como objetivo basilar o cuidado integrado e colaborativo, entendendo a formação em serviço como um processo permanente que induz à ampliação da clínica. Desse modo, o processo de educação permanente deve incorporar os princípios da cogestão (compartilhamento de saber e poder), bem como os princípios da educação de adultos ou da andragogia, que valoriza uma aprendizagem ativa, baseada em problemas de alta significação, voltada à realidade do serviço, do território e da população usuária.

As principais características da andragogia são: aprendizagem com independência e autogestão; aprendizagem para a aplicação prática na vida, ou seja, as pessoas aprendem o que realmente precisam saber; aprendizagem com fonte na riqueza da experiência, por meio da discussão e da solução de problemas em grupo. Esse processo educativo evolui a partir dos domínios técnico-científico, gerencial, social e pessoal (MENDES, 2015).

Por fim, conceber o trabalho em saúde como princípio educativo associado à formação em serviço pode ser um caminho interessante de se pensar e concretizar transformações na direção de um trabalho mais colaborativo em saúde, principalmente em contexto específico como a Saúde no Sistema Prisional.

Produzir saúde em um ambiente de confinamento é uma necessidade premente e requer intervenções adequadas à realidade, voltadas à redução dos danos decorrentes do confinamento e à ampliação da garantia do direito à saúde. Para isso, faz-se necessário desvelar um ambiente ainda pouco conhecido pelos profissionais de saúde e pela ciência brasileira. Tirar da invisibilidade uma população secularmente esquecida é também função da universidade.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa de mestrado, conforme previamente referido, integra um estudo mais amplo, intitulado “A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional”. Tal projeto foi executado e coordenado pela Área Técnica de Atenção Básica no Sistema Prisional da Secretaria do Estado da Saúde do RS, em parceria com o Instituto de Criminologia da Universidade de Sevilha/Espanha, a Fundação Escola Superior do Ministério Público do RS e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Quanto à pesquisa, tendo-se submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do RS, sob o CAAE 40678115.1.0000.5312 (ANEXO A), foi aprovada e seguiu os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012, que orienta pesquisas com seres humanos. A participação na pesquisa foi voluntária e todos os participantes receberam os necessários esclarecimentos e, antes do processo de coleta dos dados, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), preservando o anonimato em todas as publicações oriundas desta investigação.

O estudo foi financiado pela FAPERGS, sob o Edital: “Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS)”, vigente no período entre 2013 e 2015. Nesse período, foi realizada a fase de planejamento e coleta dos dados empíricos. A fase de análise dos dados teve início no ano de 2016, com o ingresso da autora desta dissertação no curso de mestrado do PPG-PSSS/UFRGS.

A utilização do banco de dados da pesquisa mais ampla, para fins de realização da pesquisa de mestrado, foi autorizada pela coordenadora do estudo (ANEXO B). O projeto de dissertação foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS e aprovado em 25 de julho de 2016 (ANEXO C). Obedeceu aos preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 510/2016, que orienta pesquisas em Ciências Humanas e Sociais: em seu artigo 1º, inciso V, a Resolução define que não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP as “pesquisas com banco de dados cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual”.

Observados os preceitos éticos resguardados aos participantes do estudo, a sessão a seguir apresenta o percurso metodológico, partindo da fase de coleta dos dados empíricos e chegando à sua fase analítica.

3.1 DELINEAMENTO

Tratou-se de uma investigação estruturada a partir do método qualitativo, delineada por uma pesquisa-ação (TRIPP, 2005; THIOLENT, 2011) exploratória e descritiva (GIL, 2016), e também transversal (RICHARDSON, 2008).

As pesquisas qualitativas na área da saúde objetivam explorar as percepções e as experiências das pessoas a respeito do mundo ao seu redor, incluindo aquelas referentes à saúde, ao adoecimento, aos serviços sociais e de saúde. Essa abordagem busca interpretar as práticas, a fim de compreender como as pessoas constroem o mundo à sua volta, o que estão fazendo e o que lhes atribui sentido, sempre de forma contextualizada (MINAYO, 2014).

Esta pesquisa foi classificada, quanto aos fins, como sendo *exploratória e descritiva*, pois buscou: caracterizar, segundo a perspectiva dos profissionais da EABp, como os fatores estruturais, gerenciais, culturais e epistemológicos desfavorecem e favorecem o trabalho em saúde no Sistema Prisional; e identificar como a metodologia de Apoio Matricial pode contribuir para o enfrentamento dos fatores desfavoráveis ao trabalho da EABp. Tal classificação possibilitou a compreensão ampliada acerca do objeto de estudo (trabalho e matriciamento), bem como a formulação de problemas mais precisos e hipóteses que poderão contribuir com estudos posteriores.

Quanto ao recorte temporal, a pesquisa foi classificada como um estudo *transversal* (RICHARDSON, 2008), pois os dados foram coletados em um determinado momento e contexto, com base em uma amostra selecionada para descrever um fenômeno específico. O período da coleta de dados empíricos foi realizado entre os meses de janeiro e julho de 2015. Considerou-se apropriado estruturar a pesquisa em um período o mais conciso possível, adequando-a à rotina de trabalho da EABp.

Em relação aos meios de investigação, a pesquisa foi caracterizada como uma *pesquisa-ação*. É um método capaz de inserir o pesquisador, de forma ativa, no

processo de coleta de dados e, em virtude disso, exige uma relação participativa entre os pesquisadores e as pessoas envolvidas no estudo. Como método empírico, utiliza técnicas de pesquisa para informar a ação que se decide empregar para melhorar a prática. Age, portanto, no campo da prática e investiga a respeito dela, podendo levar, de maneira gradual, ao desenvolvimento de princípios mais gerais (TRIPP, 2005; THIOLENT, 2011), observando alguns critérios metodológicos:

[...] ter procedimentos flexíveis, ajustar-se progressivamente aos acontecimentos; estabelecer uma comunicação sistemática entre seus participantes e se auto avaliar durante todo processo; ter característica empírica; estabelecer relações dinâmicas com o vivido; e enriquecer-se com categorias interpretativas de análise; deve possuir um *design* inovador e uma forma de gestão coletiva, em que o pesquisador é também participante e os participantes também são pesquisadores (FRANCO, 2005, p. 496).

A escolha dessa metodologia sucedeu por julgar-se a mais adequada para responder às questões de pesquisa e às escolhas teórico-metodológicas que nortearam o processo investigativo (do planejamento à análise dos dados). Durante o processo de planejamento para a fase de trabalho de campo, alguns questionamentos foram levantados nas reuniões da equipe de pesquisa: Mas o que é uma pesquisa-ação? Qual é o processo de sua execução? Quem define os caminhos? Quais são as estratégias? Há uma epistemologia definida *a priori*? Quando o pesquisador sai, o que fica? E os resultados?

Essas indagações nortearam o momento de planejamento da intervenção, ao passo que instigaram sobre como utilizar a pesquisa-ação e manter o rigor metodológico no decurso da coleta de dados. O primeiro desdobramento foi capacitar os pesquisadores para a utilização da metodologia proposta. Esse processo de formação contou com a colaboração de uma professora-pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, que trabalha com diferentes metodologias de “investigação-ação”. Posteriormente, foram construídas diretrizes teórico-metodológicas inspiradas no Método Paideia e em um de seus produtos: o Apoio Matricial. A partir daí, definiu-se o conjunto de técnicas e instrumentos para a coleta de dados, que serão devidamente detalhados no decurso deste capítulo.

Quanto à equipe de pesquisa. As pesquisadoras responsáveis pelo estudo de campo (coleta e intervenção) foram: duas assistentes sociais (UFRGS), uma psicóloga (SES/RS), uma médica pediatra (SES/RS) e uma bolsista de iniciação

científica do curso de direito (FMP). A retaguarda técnico-científica coube a uma pedagoga (FMP), uma advogada (Universidade de Sevilha/Espanha), uma enfermeira (GHC) uma acadêmica de psicologia (PUCRS) e um assistente social (PUCRS).

A equipe de campo reunia larga experiência na gestão da Política de Atenção Básica no Sistema Prisional do RS, em serviços técnico-assistenciais de APS (ESF, UBS e NASF) e de Atenção Secundária (CAPS todas as modalidades). Além disso, também possuía prática acadêmica no campo da Saúde Coletiva, das Ciências da Saúde e das Políticas Sociais.

Quanto ao local da pesquisa. O estudo de campo foi desenvolvido em uma Unidade de Atenção Básica prisional implementada em uma penitenciária feminina localizada na região metropolitana do estado do RS. Essa penitenciária foi selecionada por possuir uma equipe completa do tipo II (com Saúde Mental). Além disso, a escolha também levou em conta a localização geograficamente privilegiada do estabelecimento prisional, já que este se encontra em perímetro urbano, condição fundamental para a acessibilidade da equipe de pesquisa.

Quanto aos participantes da pesquisa. O grupo constituiu-se de 10 profissionais de saúde que compunham a EABp, provenientes de diferentes núcleos de formação: quatro da enfermagem (dois de nível superior e dois de nível técnico), três da medicina (clínico geral, psiquiatra e ginecologista), um do serviço social, um da psicologia e um da odontologia. A amostra foi por *conveniência* (GIL, 2016), considerando todos os profissionais que trabalhavam na UBSp, independente da fase em que estivesse a coleta de dados. Os profissionais afirmaram concordância em participar da pesquisa, mediante a assinatura do TCLE.

3.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada em três fases não lineares e coordenadas entre si: a Pré-intervenção exploratória, a Implementação da ação e a Avaliação da ação.

A *FASE I – Pré-intervenção exploratória* teve por finalidade identificar a percepção dos profissionais da EABp sobre o seu processo de trabalho e os fatores associados ao contexto de trabalho em geral, investigando opiniões, atitudes e

crenças, com o objetivo de gerar *insights* sobre a prática em saúde em um contexto de confinamento e embasar a próxima fase empírica do estudo.

Para condução da fase exploratória, este estudo apoiou-se em um método de pesquisa qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal orientada por um roteiro temático construído especialmente para o estudo (APÊNDICE B). Esta técnica se baseia na produção de dados a partir da interação grupal entre os participantes. Ao considerar pontos de vista individuais e compartilhados, busca a reflexão coletiva sobre um dado fenômeno (BAUER; GASKELL, 2017). Neste caso, sobre o “Trabalho em saúde no Sistema Prisional”.

As reuniões de GF foram guiadas por três pesquisadoras: uma moderadora, responsável por coordená-las; uma observadora, encarregada de observar e registrar as expressões faciais e corporais; uma anotadora, para auxiliar a registrar os acontecimentos, as falas dos participantes, as conversas paralelas e os comentários complementares. A autora desta dissertação foi a responsável pela coordenação dos GF e pelo treinamento dos demais pesquisadores, dada sua experiência com a técnica.

Os GF ocorreram na sala de reuniões da UBSp, localizada na entrada da unidade de saúde. A escolha desse ambiente foi realizada em comum acordo, diante da possibilidade de reunir todos os profissionais da EABp em seu ambiente de trabalho, sem a necessidade da presença de agentes penitenciários. Os participantes demonstraram grande interesse na construção coletiva do conhecimento, bem como na reflexão sobre o seu processo de trabalho. O Quadro 9 exemplifica o processo de construção dos GF.

Na *FASE II – Implementação da Ação* foram utilizados três instrumentos da metodologia de Apoio Matricial: *interconsulta no modelo discussão de caso* (CHIAVERINI, 2011; CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016), oficinas para elaboração de *planos de cuidado* no modelo híbrido PTS e *Gestão de Caso* (CHIAVERINI, 2011; MENDES, 2015). Tais instrumentos funcionaram, ao mesmo tempo, como uma proposta de educação permanente. A sistematização deste processo está estruturada no Quadro 10.

Nas reuniões de *Interconsulta*, foram discutidos quatro casos. A fim de contribuir com o processo de indicação de cada um, sugeriu-se que a EABp desse prioridade para as usuárias (MPL) que apresentassem ao menos uma das seguintes condições de saúde: baixa capacidade para autocuidado; condições crônicas

agudizadas (transmissíveis ou não); quadro ou histórico de morbidade; ou transtorno mental (depressão, transtornos de ansiedade, uso/abuso de substâncias psicoativas, autoflagelação).

Quadro 9. Desenvolvimento do Grupo Focal.

Participantes	Todos os profissionais da EABp.	
	<u>Grupo 1 (19/01/2015)</u>	<u>Grupo 2 (20/02/2015)</u>
Áreas de Participação	1 Serviço Social 1 Psicologia 1 Enfermagem 1 Odontologia 1 Medicina clínica 1 Téc. de enfermagem	2 Enfermagem 2 Téc. de enfermagem 1 Medicina psiquiátrica
	Total: 06 profissionais	Total: 05 profissionais
Pesquisadores:	Três integrantes da equipe de pesquisa	
Local:	Sala de reuniões da UBSp	
Duração:	Aproximadamente 120 minutos cada reunião	
Gravação:	Em áudio	

Fonte: Elaborado pela autora.

A sugestão do critério de seleção seguiu o indicativo proposto pelo Ministério da Saúde sobre casos complexos atendidos em serviços de APS que necessitam de Gestão de Caso (MENDES, 2015) ou elaboração de PTS (BRASIL, 2007). Se for levado em consideração que a EABp era, na ocasião da pesquisa, referência para 220 reclusas, a amostra de quatro casos pode não parecer representativa à primeira vista. Em contraponto, como afirmado em outro momento, o matriciamento tem como objetivo a transformação do processo de trabalho em saúde. Logo, mais do que o tamanho da amostra, a importância de trabalhar com os casos selecionados é que eles reúnem, segundo a experiência dos profissionais, uma série de problemas de saúde diagnosticados como frequentes na penitenciária. Constituem, por isso mesmo, um desafio real para a atenção à saúde naquele ambiente de trabalho, como evidenciado no próximo capítulo.

Quadro 10. Organização e programação da Pesquisa-Ação.

Participantes: Todos os profissionais da EABp

Participação:	Reunião de Planejamento da Fase II (24-04-2015)	Discussão de Caso (15/05/2015)	Discussão de Caso (22/05/2015)	Discussão de Caso (29/05/2015)	Discussão de Caso (19/06/2015)	Oficinas de planos de cuidado (07, 14, 24 e 28/07/2015)
	2 Enfermagem 2 Medicina 1 Psicologia 1 Téc. Enferm.	2 Enfermagem 2 Medicina 1 Psicologia 1 Téc. Enferm.	2 Enfermagem 1 Serviço Social 1 Medicina 1 Téc. Enferm.	2 Enfermagem 1 Psicologia 1 Serviço Social 1 Medicina	2 Enfermagem 1 Medicina 1 Odontologia 1 Serviço Social	Todos os profissionais da EABp.
	Total: 6 profissionais	Total: 6 profissionais	Total: 5 profissionais	Total: 5 profissionais	Total: 5 profissionais	
			Representante do Setor Técnico		Representante da Unidade Materno Infantil	Representantes de outros setores
Local:	• Sala de reuniões da UBSp				• Auditório da penitenciária	
Duração:	• Aproximadamente 90 minutos cada reunião				• Aprox. 120 minutos cada reunião	
Gravação:	• Em áudio				• Registro em diário de campo e Ficha para Discussão de Caso	
Apoiadores Matriciais:	Duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma médica e uma bolsista de iniciação científica, todas previamente capacitadas para utilização da “Instrumentalidade do Apoio Matricial”.					

Fonte: Elaborado pela autora.

Um instrumento guia intitulado “Instrumento para Discussão e Gestão de Caso” (APÊNDICE C) foi produzido pela equipe matriciadora e utilizado nesta fase da pesquisa. Nesse instrumento, os profissionais da EABp registraram (com base no prontuário de saúde da MPL) as condições de saúde, a rede de apoio na penitenciária (socioafetiva e de acompanhamento com outros setores da prisão) e na comunidade de proveniência de cada reclusa (familiar, serviços de saúde, socioassistenciais e comunitários).

Na falta de algum desses dados, pactuou-se com a Direção da penitenciária que as informações seriam buscadas junto aos profissionais do Setor Técnico e na Unidade Materno Infantil daquele estabelecimento prisional. Conforme apresentado no quadro anterior, representantes desses setores participaram, voluntariamente, de três encontros de matriciamento. Reitera-se que esses profissionais não foram considerados participantes da pesquisa. Todavia, uma das atribuições do matriciamento foi estimular a comunicação e o trabalho integrado na penitenciária.

Para cada caso discutido, elaborou-se um plano de Gestão de Caso ou terapêutico. A preparação dos planos foi realizada a partir das “Oficinas de Planos de Cuidado”, coordenadas, especialmente, pela mestranda. Na primeira oficina, foi apresentado o modelo teórico, princípios e operacionalização dessa ferramenta de trabalho. Na segunda e na terceira, elaboraram-se os planos, considerando os casos previamente discutidos e compartilhados entre a EABp e os demais setores da Unidade Prisional.⁶ No quarto e último encontro, foi realizado um seminário com a temática “Gênero e sexualidade”. Esta atividade, assim como as demais, foi organizada pela equipe matriciadora e EABp, a fim de ampliar a discussão sobre sexualidade e transexualidade naquele ambiente de trabalho.

Outro recurso utilizado foi o diário de campo. Nele, a pesquisadora registrou aspectos sobre a dinâmica interacional e institucional local. Importa salientar que esse instrumento não se guiou pelos princípios da etnografia, nem mesmo pela técnica de observação participante, não havendo um roteiro prévio para orientar o relato escrito. Sendo assim, os registros tiveram um caráter exclusivamente interpretativo, a fim de auxiliar no processo de análise dos dados.

A *FASE III – Avaliação da ação* deu-se por meio da análise de processo construída ao longo da pesquisa e ocorreu de maneira colaborativa. No decurso da

⁶ Refere-se à Penitenciária. A unidade prisional é todo o estabelecimento subordinado à SUSEPE destinado à custódia de presos condenados ou provisórios, ou indivíduos submetidos a medidas de segurança.

intervenção, foram realizados alguns ajustes necessários, como reagendamento (horários e dias) das reuniões de matriciamento, a fim de preservar, ao máximo, a presença do maior número de profissionais nos encontros e, principalmente, não interferir no trabalho assistencial da EABp (atendimentos e consultas). Essas alterações não desfavoreceram a dinâmica da pesquisa-ação; ao contrário, ampliaram a responsabilização e o trabalho mútuo entre os envolvidos no processo.

A equipe que ofereceu suporte/apoio (equipe de pesquisa) estava aberta às demandas da equipe de referência (EABp), culminando em uma relação de constante construção e reflexão sobre o processo de trabalho. Pautou-se pela construção democrática do trabalho, por meio de pactuações e compromissos, sob constante revisão, em conformidade com os preceitos metodológicos da pesquisa-ação e do referencial teórico-metodológico adotado.

3.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Como nas investigações qualitativas, as análises são baseadas em poucos casos empíricos. A transferência de descobertas de um contexto para outro se dá pela identificação das características essenciais dos sujeitos pesquisados (não das características mais comuns, como no quantitativo), e a generalização torna-se possível pela aplicação de recursos interpretativos de análise (PIRES, 2008).

Tem-se que o objetivo da análise de dados qualitativos (primários e/ou secundários) é identificar os aspectos significativos que representam o objeto de estudo a partir da construção de uma estrutura para os dados (KELLE, 2017). Essa tarefa é realizada pela comparação de diferentes partes desses elementos, de modo a localizar atributos ou padrões comuns, diferenças ou relações entre eles, e a possibilitar a redução de informações.

O procedimento básico de redução e interpretação dos dados desta pesquisa de dissertação fundamentou-se na Análise Temática proposta por Braun e Clarke (2006), complementada pelos ciclos de codificação descritos por Saldaña (2016).

A análise temática é um método para identificar, analisar e relatar temas (padrões) interpretados a partir dos dados, o que permite organizá-los e descrevê-los em detalhes. Isso implica a interpretação de vários aspectos ou fenômenos relacionados ao tema e às questões de pesquisa. Além disso, a análise temática não

se encontra associada a nenhum paradigma teórico pré-existente, podendo ser conduzida de acordo com diferentes abordagens teóricas (BRAUN; CLARKE, 2006).

Devido à sua liberdade teórica, a análise temática traduz-se em um método de investigação flexível, o qual pode contribuir para uma rica e detalhada, ainda que complexa, apreciação das informações obtidas. Todavia, envolve diferentes processos de tomada de decisão, que deverão ser ponderadas antes do início da análise, nomeadamente a posição teórico-epistemológica a ser adotada. Tal tipo de investigação requer que o processo seja desenvolvido de maneira clara e transparente. Para isso, o pesquisador deve informar/descrever todas as escolhas realizadas no decurso da exploração dos dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Como referido anteriormente, o quadro teórico proposto nesta dissertação, ou seja, as argumentações analíticas realizadas foram fundamentadas na Taxonomia de necessidades de saúde e na Teoria-Método Paideia. Essa proposta contribuiu para examinar as formas pelas quais os profissionais da EABp dão significado à sua experiência de trabalho e o modo como o contexto social mais amplo influi nesse processo.

Outra decisão a ser tomada *a priori* foi sobre o tipo de análise a efetuar. Diante do problema de pesquisa e dos objetivos a serem alcançados, optou-se por uma descrição temática rica⁷ de todo o conjunto de dados, tendo por base uma análise indutiva (*bottom-up*)⁸ de tais informações (BRAUN; CLARKE, 2006).

Isso significa que a construção dos temas e subtemas se relacionou fortemente aos elementos obtidos, e não a categorias teóricas pré-definidas. Decidiu-se, também, que os temas e subtemas seriam identificados em um nível semântico, baseado no significado explícito desses dados. Após a definição dos posicionamentos, seguiram-se as seis fases da análise temática propostas por

⁷ Para Braun e Clarck, a descrição rica do conjunto de dados pode ser útil diante de temas pouco explorados cientificamente: “permite que o leitor alcance um sentido dos temas predominantes ou importantes nele. Neste caso, os temas identificados, codificados e analisados precisariam ser um reflexo preciso do conteúdo de todo o conjunto de dados. Em tal análise, alguma profundidade e complexidade é necessariamente perdida, mas uma rica descrição geral é mantida. Isso pode ser um método particularmente útil quando se está investigando uma área pouco estudada, ou com participantes cujas visões sobre o tema não são conhecidas” (2006, p. 83. Tradução da pesquisadora).

⁸ Uma abordagem indutiva significa que os temas identificados estão fortemente ligados aos próprios dados, não necessariamente às perguntas da entrevista ou grupo focal. “A análise indutiva é, portanto, um processo de codificação dos dados, sem tentar se encaixar em um quadro de codificação preexistente, ou preconceitos analíticos do pesquisador. Nesse sentido, esta forma de análise temática é orientada pelos dados. No entanto, é importante notar que os pesquisadores não podem libertar-se dos seus compromissos teóricos e epistemológicos, e que os dados não são codificados em um vácuo epistemológico” (BRAUN; CLARCK, 2006, p. 83. Tradução da pesquisadora).

Braun e Clarke (Quadro 11), processo que envolveu constantes avanços e recuos, caracterizando um persistente movimento analítico.

Quadro 11. Fases da Análise Temática.

1. Familiarizando-se com seus dados	Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais.
2. Gerando códigos iniciais	Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática, em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código.
3. Buscando por temas	Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.
4. Revisando temas	Verificação sobre o funcionamento dos temas em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto inteiro de dados (nível 2), gerando um "mapa" temático da análise.
5. Definindo e nomeando temas	Nova análise para refinar as especificidades de cada tema e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema.
6. Produzindo o relatório	Última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura para produção de um relatório acadêmico.

Fonte: Clarck e Braun (2006, p. 96). Tradução nossa.

Antes, porém, de dar início à descrição do processo analítico, é preciso definir alguns dos termos usados ao longo da análise temática, a saber: o *corpus de dados* refere-se a todas as informações coletadas para um projeto de investigação específico, enquanto o *conjunto de dados* refere-se a todos os elementos do *corpus* usados em uma análise particular; a palavra *item* é usada nesta dissertação para se referir a cada parte individual dos aspectos recolhidos que forma o *conjunto de dados* ou *corpus*; finalmente, o *extrato* refere-se a um fragmento individual codificado de dados, identificado e extraído a partir de um *item*.

Na Fase 1, *Familiarização com os dados*, a pesquisadora ouviu todos os áudios e, posteriormente, com auxílio de um bolsista de iniciação científica, transcreveu-os. Para a realização desse processo, foi necessário ouvir repetidamente as gravações e ler, e reler várias vezes os dados à medida que eram transcritos. As repetições de escuta e leitura tiveram por objetivo a aproximação e

imersão nos dados (BRAUN; CLARKE, 2006). Nessa fase, a pesquisadora adaptou as regras para a transcrição propostas por Flick (2009), a fim de concentrar-se na obtenção do máximo de exatidão na classificação e apresentação dos enunciados.

O modelo de transcrição pode ser visualizado no Quadro 12.

Quadro 12. Regras para a transcrição.

Layout	
Editor de textos	• Word
Fonte	• Times New Roman 12
Margem	• Esquerda: 2,5; Direita: 3
Linhas – espaçamento	• 1,5
Numeração das páginas	• No canto superior, à direita.
Pesquisador	• AM: Apoiador Matricial
Participante da pesquisa	• P: Profissional
Transcrições	
Ortografia	• Convencional
Interpontuação	• Convencional
Pausas	• Pausa rápida *; mais de um segundo *n. de segundos
Incompreensível	• ((incomp))
Comentário do transcritor	• [com comentário]
Participantes foram identificados como: P1 (Profissional 1) até P10. Apoiadores Matriciais foram identificados como: AM 1 (Apoiador Matricial 1) até AM 4. Produto: 30 h de transcrição desdobradas em 182 páginas.	
Fonte: Elaborado pela autora. Fundamentado em Flick (2009).	

A princípio, manteve-se a escrita fiel à fala, com a devida pontuação, para não alterar o discurso dos participantes. Posteriormente, a pesquisadora realizou a revisão de todas as transcrições e decidiu adequar os discursos para um nível mais formal de linguagem, alterando algumas das expressões que os informantes utilizavam de maneira informal, por exemplo: “pra” foi substituído por “para”; “pro”, substituído por “para o”; “tá”, substituído por “está”. Realizaram-se, entretanto, essas substituições sem alterar o sentido do discurso.

As transcrições foram salvas em documentos de texto e importadas para o Software QSR NVivo®, versão 11 para Windows, com licença concedida pela

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O NVivo possui recursos de gerenciamento de informações de projetos de pesquisa qualitativos que congregam os dados do *corpus* empírico com os códigos e memorandos criados e modificados ao longo da análise (QSR INTERNATIONAL, 2014).

Uma das funções principais desse programa é o desenvolvimento dos códigos e a recuperação de informações pela indexação do *corpus* empírico, permitindo realização de buscas para testar ideias, exploração de modelos e visualização das conexões entre os diferentes temas da pesquisa. Além disso, o NVivo possui recursos de criação de matrizes de codificação, modelos, gráficos, mapas em árvore e de análise de agrupamentos que permitem a comparação de resultados e a realização de interpretações sobre os fenômenos estudados (QSR INTERNATIONAL, 2014). Esses recursos contribuíram para a síntese dos resultados e permitiram uma exploração profunda das evidências empíricas obtidas.

A Figura 2 mostra a organização dos documentos transcritos no NVivo®.

Figura 2. Organização dos dados no NVIVO.

Nome	Nº	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em
1 GRUPO FOCAL 19-01-2015		16	177 16/07/2017 14:35	ALVS	11/08/2017 11:
2 GRUPO FOCAL 20-02-15		9	90 20/07/2017 18:00	ALVS	06/11/2017 13:
2.1 Diário de campo 10.04		7	31 20/07/2017 19:24	ALVS	06/11/2017 13:
3 AM 24-4		8	61 22/07/2017 09:42	ALVS	06/11/2017 13:
3.1 diário de campo 24.04		6	12 22/07/2017 14:12	ALVS	06/11/2017 13:
4 AM 15-05		8	63 29/07/2017 10:51	ALVS	06/11/2017 13:
4.1 Diário de campo 15.05		4	7 29/07/2017 12:13	ALVS	06/11/2017 13:
5 AM 22-05		6	60 29/07/2017 12:19	ALVS	06/11/2017 13:
5.1 Diário de campo 22.05		4	9 29/07/2017 13:32	ALVS	06/11/2017 13:
6 AM 29-05		5	24 29/07/2017 13:38	ALVS	06/11/2017 13:
6 Diário de campo 29.05		5	6 29/07/2017 14:28	ALVS	06/11/2017 13:
7 AM 19-06		5	32 29/07/2017 14:35	ALVS	06/11/2017 13:
8 Diário de Campo (Educação Permanent		3	43 29/07/2017 16:03	ALVS	06/11/2017 13:

Fonte: Elaborado pela autora.

Na Fase 2, *Gerando códigos iniciais*, deu-se início ao processo de codificação dos dados. Procurou-se codificar as diferentes características das informações que fossem pertinentes para responder ao problema de pesquisa e às questões norteadoras. O processo utilizado nesta fase seguiu o esquema proposto por Saldaña (2016). O autor propõe dois ciclos, com um conjunto de 29 possibilidades para elaboração de códigos, reiterando que a escolha do método

deve ser adequada à proposta geral do estudo. Deve-se considerar, portanto, o problema da pesquisa, bem como as opções ontológico-epistemológicas, as teóricas e os recortes conceituais que orientam a investigação.

No Quadro 13, são apresentados os métodos de codificação propostos por Saldaña (2016) e seus diferentes desdobramentos, os quais ampliam as possibilidades e a criatividade dos pesquisadores qualitativos durante o processo de codificação de dados.

Quadro 13. Ciclos de Codificação utilizados na Análise Temática.

Primeiro ciclo de codificação		
Método Gramatical	Método Elementar	Método Afetivo
Codificação por atributo Codificação por magnitude Subcodificação Codificação simultânea	Codificação estrutural <u>Codificação descritiva</u> Codificação literal Codificação de processo Codificação inicial	Codificação de emoções Codificação de valores Codificação de versos Codificação de avaliação
Método literário e de linguagem	Método exploratório	Método procedimental
Codificação dramática Codificação de motivo Codificação de narrativa Codificação de diálogos	Codificação holística Codificação provisória Codificação de hipóteses	Codificação de protocolos Esboço de materiais culturais Codificação de domínios e taxionomias Codificação de causalidade
CICLO DE TRANSIÇÃO ENTRE O PRIMEIRO E O SEGUNDO		
Codificação eclética		
SEGUNDO CICLO DE CODIFICAÇÃO		
<u>Codificação de padrões</u> Codificação focada Codificação axial Codificação teórica Codificação elaborativa Codificação longitudinal		

Fonte: Saldaña (2016, p. 46). Tradução nossa,

Considerando que o processo de codificação é um ato cíclico, e que raramente a primeira etapa atende perfeitamente à análise, a pesquisadora executou esse processo por meio dos seguintes ciclos: *a codificação descritiva* e *a codificação de padrões*. *A codificação descritiva* corresponde ao resumo, em uma palavra, ou uma frase curta, do conteúdo referente a uma passagem dos dados qualitativos (SALDAÑA, 2016). Ela foi escolhida para o primeiro ciclo de codificação por contemplar exclusivamente as informações concretas (conteúdo semântico) fornecidas pelos profissionais da EABp. O sistema de codificação, no primeiro ciclo,

foi se constituindo progressivamente no decorrer da leitura das transcrições, de modo inclusivo e não linear.

Na Fase 3, *Buscando por temas*, foi realizado o segundo ciclo. A *codificação de padrões* pareceu a mais adequada para a realização desta fase, pois permitiu o reagrupamento e a organização dos *extratos* de cada código descritivo, antes isolados. Em suma, este tipo de codificação buscou gerar códigos (metacódigos) explicativos ou inferenciais, que identificam um tema, mesmo que provisório, a partir de padrões, causas e explicações sobre um dado fenômeno (SALDAÑA, 2016).

Com o apoio do software NVivo®, realizou-se o agrupamento dos códigos, que geraram, então, temas e subtemas. Alguns desses códigos, por não responderem, inicialmente, ao problema da pesquisa, foram descartados provisoriamente, sendo reanalisados na fase seguinte.

Na Fase 4, *Revisando temas*, procedeu-se ao refinamento do conjunto de temas iniciais, construídos na fase anterior. A validade (homogeneidade interna e heterogeneidade externa) dos temas em relação aos códigos e ao conjunto de dados foi considerada nesta fase. Como sugerido por Braun e Clarke (2006), cada tema foi analisado em dois níveis diferentes, mas complementares. O *primeiro nível* consistiu na revisão dos extratos codificados. Foi verificado se os extratos do texto (discurso dos profissionais) selecionados em cada um dos temas provisórios apresentavam um padrão coerente entre eles. Os extratos que não mostravam coerência foram descartados ou incluídos em outros temas já existentes.

O *segundo nível* referiu-se à validade dos temas individuais em relação ao conjunto de dados completo (BRAUN; CLARKE, 2006). Após reler o todo, foi analisado se cada tema realmente traduzia a essência dos seus respectivos extratos. Verificou-se, pois, se o mapa temático (APÊNDICE D) refletia precisamente o conjunto de dados como um todo. No mesmo sentido, os códigos descartados provisoriamente na terceira fase da análise temática foram submetidos a esses dois níveis de exame, visto que a recodificação é um processo orgânico em curso, portanto um movimento analítico.

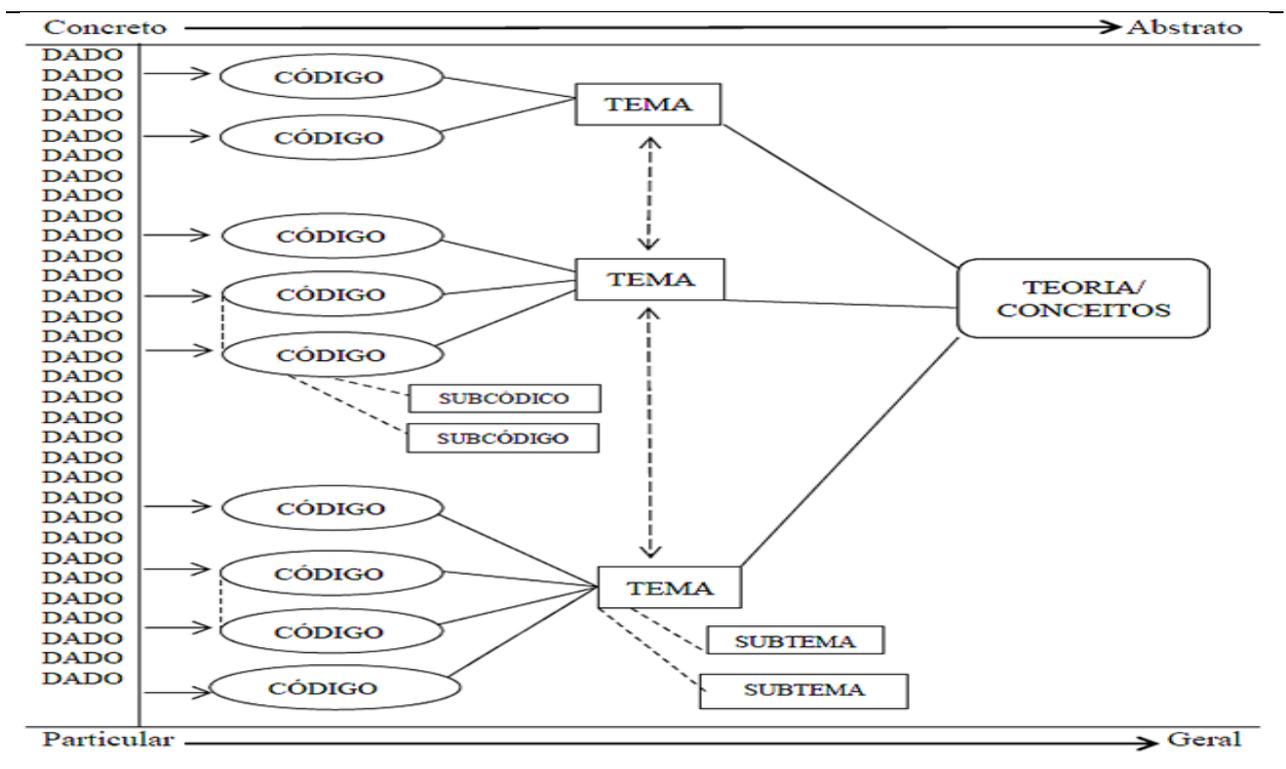
Na Fase 5, *Definição e nomeação de temas*, ocorreu a definição e o refinamento do nome dos temas, e a relação orgânica entre eles. Para isso, a pesquisadora voltou aos extratos das informações selecionadas para os temas e organizou-as de forma coerente e internamente consistente. Elaborou uma narrativa e análise detalhada desses temas, a fim de identificar a história que contavam e se

essa história se encaixava na história global dos dados. Desse modo, remeteu-se novamente às questões de pesquisa para garantir a não sobreposição entre os temas (BRAUN; CLARKE, 2006). Em suma, buscou identificar a essência do assunto de cada um (bem como os temas globais) e determinar qual aspecto dos dados foi capturado por cada proposição.

Por fim, a última fase deu-se através da *Produção do relatório*, envolvendo sua análise final e escrita. Tal processo buscou fornecer um relato coerente, lógico e interessante sobre a história contada pelos dados - dentro dos temas e entre eles. Diante disso, a pesquisadora procurou mostrar evidências suficientes dos temas nos dados, ou seja, buscou extratos de dados suficientes para demonstrar a prevalência do tema. Para tanto, foram escolhidos exemplos vividos particularmente pelos profissionais da EABp em seu contexto de trabalho, ou extratos que capturassem essa essência. Mais do que apenas fornecer dados, buscou-se também incorporá-los dentro de uma narrativa analítica que ilustrasse esta história, trazendo argumentos conceituais, científicos e teóricos em relação às perguntas da pesquisa.

A Figura 3 sistematiza o movimento analítico realizado pela pesquisadora, indo do particular (dado empírico) para o geral (teoria) ou do concreto para o abstrato.

Figura 3. Movimento do esquema analítico.



Fonte: Elaborado pela autora.

Nesta etapa, foram criados dois temas, desdobrados em 11 subtemas, os quais estão intrinsecamente relacionados às questões e objetivos da pesquisa. No Quadro 14, é possível conferir a relação dos eixos temáticos.

Quadro 14. Temas e subtemas construídos a partir dos dados empíricos.

Temas	Subtemas
Fatores desfavoráveis e favoráveis ao trabalho da EABp	<ul style="list-style-type: none"> • Precarização do trabalho. • Conflitos entre os setores da penitenciária. • Ocupação do tempo em prisão. • Medicalização. • Barreiras para inclusão das reclusas na RAS. • Barreiras para inclusão das egressas na RAS. • Danos à saúde do trabalhador. • Atributos do Acolhimento e a relação profissional-usuário.
Contribuições da metodologia de Apoio Matricial	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação e cooperação entre os setores da penitenciária. • Projeto terapêutico e trabalho integrado em Rede. • Reestruturação do trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora.

A fim de assegurar a validade da análise temática proposta neste estudo, recorreu-se à validação dos temas, como sugerido noutros estudos que utilizaram o mesmo método de análise dos dados (FEREDAY; MUIR-COCHRANE, 2006; LACK; NODDINGS; HEWLETT, 2011; SILVER; REAVEY; FINEBERG, 2010; TIERNEY; FOX; FOX, 2010). O processo foi realizado a partir de rodadas de validação e apreciação, conjuntamente com a orientadora da pesquisa de dissertação, a fim de corroborar a interpretação da pesquisadora.

Para fins de devolução dos resultados da pesquisa, foram apresentados à EABp os principais achados do estudo e entregue uma cópia desta dissertação. Para fins de divulgação acadêmico-científica, três artigos foram submetidos à publicação.

No próximo capítulo, será apresentada a análise dos dados empíricos colhidos no decurso da pesquisa, relacionando-os ao contexto mais amplo e procedendo à sua mediação com as literaturas nacional e internacional.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa de campo e encontra-se estruturado a partir dos eixos temáticos e dos respectivos subtemas. Para tanto, realizou-se uma análise contextualizada sobre o objeto de investigação (trabalho em saúde e apoio matricial), mantendo diálogo com as literaturas nacional e internacional a partir de estudos epidemiológicos, socioantropológicos na saúde coletiva, historiográficos e sociojurídicos.

4.1 FATORES DESFAVORÁVEIS E FAVORÁVEIS AO TRABALHO DA EABp

4.1.1 Precarização do trabalho

Este subtema apresenta como os fatores estruturais afetam a gestão do trabalho no campo da saúde, especialmente aos que atuam na APS prisional. Evidencia-se, através da perspectiva dos participantes da pesquisa, como o fenômeno da precarização do trabalho se expressa no cotidiano da EABp, bem como as consequências para a atenção à saúde da população privada de liberdade.

A precarização do trabalho é um fenômeno investigado por diversos campos do conhecimento, com destaque para a sociologia do trabalho, a gestão do trabalho e a saúde do trabalhador. Inúmeros estudos têm sido publicados a respeito dessa temática, especialmente nas duas últimas décadas (NOGUEIRA, 2006; KOSTER, 2008; KALLEBERG, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2010; FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2011; DEDECCA; TROVÃO, 2013; SEIDL *et al.*, 2014; ANTUNES, 2015; ALVES *et al.*, 2015; EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

Trata-se de um fenômeno contemporâneo, resultante do processo de reestruturação produtiva do capital operada mundialmente a partir da década de 1970, que caracteriza a passagem da organização taylorista-fordista⁹ de produção

⁹ A partir da década de 1970, o mundo passou a presenciar uma crise do sistema de produção capitalista que pode ser observada por alguns elementos como: a tendência decrescente da taxa de lucro decorrente do excesso de produção; a desvalorização do dólar; a crise do Welfare State ou do

para uma organização toyotista, que estimula a adoção de vínculos de trabalho mais flexíveis (do ponto de vista do empregador) e mais precários (do ponto de vista do trabalhador) (ANTUNES, 2015; HARVEY, 2015).

Essa questão, no setor saúde, tem sido apontada como um desafio para a gestão do trabalho e para a organização dos processos de trabalho no SUS (BRASIL, 2006). O tema vem ocupando lugar especial na agenda de ações de diversos atores sociais e órgãos governamentais nacionais e internacionais, como o Ministério da Saúde brasileiro, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), entre outros ministérios e secretarias voltados às questões relacionadas à saúde (BRASIL, 2006; 2011; EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

A administração pública brasileira define como trabalho precarizado todo aquele realizado sem a proteção social do trabalhador e sem concurso público (BRASIL, 2009). Nessa mesma linha, o Conasems e o Conass consideram como precário o trabalho executado sem garantia de direitos sociais para os trabalhadores. Todavia, defendem a flexibilização do vínculo e a prestação de serviços em certos casos, como os que exercem atividades-meio dentro dos serviços do complexo saúde (KOSTER, 2008).

A defesa dessas ideias decorre de uma concepção neoliberal de que o Estado não tem condições político-econômicas para administrar o sistema de seguridade social. Para tanto, precisa dispersar o seu poder gerencial, uma vez que a Constituição Federal de 1988 não cabe no orçamento público brasileiro. Esse modelo de “estado gerencial” (CLARKE; NEWMAN, 2012, p. 353) fornece coerência tanto ideológica como organizacional, materializada nos projetos de reforma e modernização da máquina pública.

Para exemplificar alguns dos atuais retrocessos, cita-se a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos (EC nº 95/2016) (BRASIL, 2016), que limita, por 20 anos, a ampliação dos gastos com a saúde; a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/2017) (BRASIL, 2017), que desestrutura a estratégia de organização do SUS a partir da Atenção Primária à Saúde; a proposta

“Estado de Bem-Estar Social”; a intensificação das lutas sociais (com greves, manifestações de rua) e a crise do petróleo, um fator que deu forte impulso a esta crise (ANTUNES, 2015).

de criação de planos populares de saúde, legitimada por meio do Projeto de Lei dos Planos de Saúde, que visa estabelecer um novo marco legal para o mercado de planos e seguros de saúde, revogando a atual Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998), a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

São essas estratégias reformistas e de ajuste que redefinem o papel do Estado e as fronteiras entre o público e o privado. O que permanece como propriedade estatal passa a funcionar com a lógica do mercado. Trata-se, portanto, de projetos de contrarreforma (BORON, 2008). É um claro retorno às políticas neoliberais da década de 1990 (VIEIRA, 2015), cujo objetivo, naquele momento como agora, é o desmonte do SUS para beneficiar o setor privado que trata a saúde como uma mercadoria altamente lucrativa.

Com a incorporação das diretrizes do pensamento neoliberal e dos modelos de gestão das empresas privadas, a sociedade brasileira vive um retrocesso de cidadania com consequências profundas para a organização do SUS e a gestão do trabalho em saúde. Por tratar-se de um problema estrutural (ideológico, econômico, político, social), a deterioração do trabalho no denominado complexo da saúde (DEDECCA; TROVÃO, 2013) reflete-se também em contextos específicos, como é o caso da saúde no Sistema Prisional.

De acordo com os profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, tanto o processo de contratação como o de implementação da EABp na penitenciária assumiram características de flexibilização e desregulamentação do trabalho, com consequências profundas para o desenvolvimento da atenção à saúde na penitenciária, bem como para a saúde desses trabalhadores (ver subtema “Danos à saúde do trabalhador”).

Em março de 2011, a EABp iniciou suas atividades na penitenciária foco da pesquisa. Desde esse momento, foi constituída uma *equipe híbrida*, formada por trabalhadores terceirizados e servidores públicos, envolvendo sete profissionais de saúde terceirizados (quatro médicos, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem) e outros quatro servidores públicos estaduais (uma assistente social, uma psicóloga, um odontólogo e uma técnica de enfermagem) vinculados à Superintendência dos Serviços Penitenciários,¹⁰ mais especificamente ao Departamento de Tratamento Penal (DTP).¹¹

¹⁰ Subordinada à Secretaria de Segurança Pública do RS. Promove o gerenciamento do sistema penitenciário do Estado, planejando e desenvolvendo a política penitenciária e responsabilizando-se

A contratação dos profissionais terceirizados ocorreu através de uma parceria público-privada entre a Secretaria Municipal da Saúde e um hospital privado sem fins lucrativos, com sede na mesma cidade. Esses profissionais já trabalhavam no referido hospital e, posteriormente, foram remanejados para a UBSp. Além disso, dividiam parte da jornada de trabalho atuando em outra UBSp, sob o mesmo vínculo.

Notadamente, uma das formas mais conhecidas e perversas do trabalho precarizado no âmbito da saúde é a terceirização da força de trabalho. Apesar de esse sistema ser objeto de grandes controvérsias, existe um consenso acerca do conceito que o define: “[...] todo processo de contratação de trabalhadores por empresa interposta, cujo objetivo último é a redução de custos com a força de trabalho e (ou) a externalização dos conflitos trabalhistas” (MARCELINO; CAVALCANTI, 2012, p. 331). Em suma, com maior ou menor intencionalidade, as empresas buscam diminuir resistências da força de trabalho e limitações exógenas ao processo de acumulação (FILGUEIRAS; CAVALCANTE, 2015).

Os profissionais relacionados a esta pesquisa referiram que a *terceirização do vínculo empregatício* produzia incertezas, imprevisibilidade e instabilidade “quanto ao dia de amanhã” (P5), principalmente porque os riscos empregatícios eram assumidos, geralmente, por eles próprios e não pelo seu empregador. Segundo informaram, o sentimento de insegurança quanto à manutenção do emprego aumentava a cada mudança de governo/partido político. Reiterando:

O vínculo empregatício também, né!? É uma queixa bastante frequente aqui nos funcionários do [suprimido o nome do Hospital empregador]. Cada mudança de governo municipal quanto estadual, ninguém sabe o que vai acontecer. A gente não tem carreira, não tem plano de carreira, a gente não sabe se vai ficar aqui dez anos, um, vinte, né? Então isso gera um estresse desnecessário [...] (P5).

O tipo de vínculo a que estavam submetidos, portanto, acentuava o medo da demissão, gerando sentimento de insegurança quanto ao futuro, decorrente da

pela assistência e atendimento às pessoas que cumprem penas privativas de liberdade e medidas de segurança, entre outras atribuições, orientando-se pelas diretrizes e normas gerais.

¹¹ O DTP/SUSEPE é uma unidade administrativa da Administração Prisional, composta pelas Divisões de Educação, Trabalho, Cultura, Atenção Psicossocial, Jurídica e de Saúde. É responsável pela elaboração de metodologias destinadas às ações de sua competência, coordenação geral do programa de reintegração social no Estado, inclusive dos Núcleos de Atendimento à Saúde e respectivas equipes técnicas, articulações interinstitucionais, constituição e coordenação de parcerias. Tem por missão reduzir as vulnerabilidades sociais, psicológicas e criminais da população em cumprimento de pena e medida de segurança.

submissão pelo temor da perda do emprego. Associada à questão do vínculo empregatício, os profissionais mostravam-se extremamente preocupados com a falta de reconhecimento – por parte do empregador – da exposição permanente a situações de risco ocupacional a que estavam sujeitos.

Relataram que as técnicas de enfermagem haviam, recentemente, “conquistado” o direito de receber o adicional de insalubridade e periculosidade, embora trabalhassem nas mesmas condições que os demais profissionais de saúde e do efetivo da SUSEPE. Importa salientar que o Projeto de Lei nº 6007/13 garante aos trabalhadores terceirizados o direito de receber adicional de insalubridade e periculosidade. Todavia, o sentimento ainda era de insegurança, em face da coação psicológica sofrida, pois: “É isso que o Hospital alega, que ninguém está aqui obrigado. Tu não trabalharia, então vai para...” (P3).

Não obstante, a EABp havia ficado aproximadamente dois anos incompleta. “Só ficou a enfermeira e as técnicas” (P6) realizando o atendimento diário na UBSp. Duas servidoras vinculadas à SUSEPE confirmaram ter estado em desvio de função, trabalhando em outros setores¹² da penitenciária. Retornaram ao Setor Saúde no período em que se iniciou a coleta dos dados da pesquisa.

Além disso, constatou-se que não havia uma divisão equitativa das atividades laborais, o que produzia a sobrecarga de trabalho entre as profissionais do núcleo de enfermagem, uma vez que a presença dos médicos na UBSp era reduzida, tanto em relação aos dias em que atendiam quanto ao tempo em que ali permaneciam.

Para os profissionais, o efetivo funcional reduzido e a sobrecarga de trabalho marcaram, negativamente, a qualidade da assistência ofertada. Nesse contexto, um aspecto se destacou: o planejamento e a oferta de ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos psicossociais deixaram de ser priorizados e disponibilizados.

Nessa ocasião, um dos trabalhadores considerou que: “[...] mas é projeto agora para 2015, foco forte nos grupos [terapêuticos], né! Agora a nossa psicóloga retornou à Unidade [UBSp]” (P3). Apesar de ser consenso, entre os profissionais da EABp, a necessidade de implantar práticas de promoção à saúde na penitenciária,

¹² Na ocasião da pesquisa, os setores estavam subdivididos da seguinte maneira: Direção/Administração da Penitenciária; Setor da Segurança (agentes de segurança penitenciária); Setor Técnico Superior Penitenciário (assistentes sociais, psicólogos); Setor Jurídico (advogados); Unidade Materno-Infantil (assistentes sociais e psicólogos); Setor da cozinha (equipe de nutrição); Setor de Manutenção e Setor da Saúde (EABp). Exceto o Setor Saúde, todos os outros são vinculados, exclusivamente, à Superintendência de Serviços Penitenciários, subordinada à Secretaria da Segurança Pública do RS.

sua concretização encontrava barreiras estruturais e organizacionais como a “instabilidade da equipe” (P5), notoriamente expressa na fragmentação da jornada de trabalho e nos desvios de função. Além disso, havia as barreiras comunicacionais e epistemológicas evidenciadas na pouca integração da EABp para planejar as ações e no entendimento de que a promoção da saúde seria objeto de competência de núcleos profissionais específicos.

Referente à instabilidade do vínculo empregatício, constatou-se que esta pode ser exacerbada diante da não reposição da força de trabalho. Relatos deram conta de que, à medida que os profissionais se aposentavam, suas vagas não eram ocupadas. Não havia novas contratações. Argumentos como aumento da sobrecarga funcional, qualidade deficitária do atendimento e risco à manutenção dos serviços foram considerados pelos profissionais de saúde, conforme se observa no excerto:

[...] as pessoas vão saindo e não se renovam. A [suprimido o nome da profissional] se aposentou, não ficou ninguém no lugar dela. (...) eu acho que tem que ter mais pessoas, assim, para dividir o serviço. Os caras vão se aposentando e vão cortando as vagas. [...] Uma hora não vai ter, e aí como que fica o atendimento aqui dentro? Essa é uma coisa que a gente tem que falar, porque não é uma realidade só nossa (P5).

Verificou-se que o único objetivo do *mix* público-privado era favorecer o interesse empresarial e corporativo, e não a saúde da população atendida pela EABp, tampouco garantir condições favoráveis para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde. A terceirização do vínculo empregatício trouxe consigo o sentimento de insegurança diante do temor pela perda do emprego e a desproteção social do trabalhador. A composição de uma equipe híbrida revelou dimensionamento inadequado de pessoal, desvio de função dos servidores públicos e conflitos entre os setores da unidade prisional, conforme será abordado no subtema “Conflitos entre os Setores da Penitenciária”.

Outro obstáculo ao trabalho da EABp seria a *falta de insumos e material* para a realização de alguns procedimentos na UBSp. A título exemplificativo, foi citada a falta de material para tratamentos odontológicos adequados. Essa condição, segundo os profissionais, restringia tanto os atendimentos quanto a oferta de serviços preventivos e de reabilitação oral, de modo que, muitas vezes, se limitavam ao atendimento de urgência (exodontias/extrações), embora as presas

necessitassem, frequentemente, de prótese dentária devido ao quadro bucal precário e grandes comprometimentos nessa área:

Ah! Um problema grave... um deles: prótese dentária. Sabe que é, isso é qualidade de vida, é saúde bucal e nós estamos há anos batalhando, né!? Muitas não têm dentes para poder comer, o [suprimido o nome do profissional] que se vira às vezes fazendo ali, traz material, quando dá para fazer né!? [...] mas a gente não consegue um serviço de prótese, eu sei que a gente não tem para a comunidade, mas às vezes ela fica aqui, dois, três anos sem dente, comendo mal. Isso falta, esse recurso (P1).

Nesse sentido, um dos profissionais argumentou que, em vista da falta de agentes penitenciários para realização da escolta, dificilmente conseguia encaminhá-las para atendimento em Centros Especializados de Odontologia (CEO) vinculados à rede municipal de saúde (ver subtema “Barreiras para inclusão das reclusas na RAS”).

Para tu fazer uma prótese na rua tem que a pessoa ir em oito sessões. Tomara levar uma mulher no hospital em situação de emergência, imagina conseguir levar oito pessoas lá [no CEO] oito vezes, na rua. E aí tem senhoras que ficam quatro, cinco anos aí, sem dente (P4).

Diante desse quadro, ao menos tentava sempre “eliminar ou aliviar as dores” (P4), advindas dos problemas dentários. Interessante notar, nesta e em outras situações, que, pela escassez de recursos para atendimento em saúde, alguns procedimentos só passavam a ser realizados quando solicitados juridicamente, em geral pelos familiares das MPL e/ou seus advogados.

Esse mesmo trabalhador afirmou que a garantia do *direito à saúde no Sistema Prisional é cercada de burocracias*, uma vez que: “[...] eu passo escrevendo laudo e vem, revem, o juiz mandando e eu respondendo [...]” (P4). Entende-se que a participação do juiz é sinônimo de que o atendimento será realizado, por vezes, por meio do “cumpra-se” (P4).

A grande problemática é como promover juridicamente o direito à saúde das PPL, diante do dever do Estado em proceder a tal cuidado. Destarte, a questão parece embutir direitos represados e aproximar-se, de certa forma, ao fenômeno da judicialização da saúde (MAGALHÃES, 2012) com as contradições que este carrega. Porém, tratá-lo aqui fugiria aos objetivos propostos.

A precarização das condições de trabalho impera no cotidiano dos profissionais de saúde que atuam no Sistema Prisional brasileiro (DIUANA *et al.*

2008; FERNANDES *et al.*, 2014; LOPES, 2014), desfavorecendo a atenção à saúde da população privada de liberdade. Com efeito, limita-se a ação dos profissionais, aumenta a demanda reprimida e agrava-se a situação de saúde das PPL.

No presente caso, além da precarização do vínculo empregatício e da falta de recursos materiais para manutenção e oferta de alguns procedimentos, evidenciaram-se *poucas as ações voltadas para treinamento, capacitação e educação permanente* dos profissionais de saúde atuantes no Sistema Prisional, especialmente na atenção psicossocial no cárcere.

Importante notar que uma parte da equipe era oriunda do modelo hospitalar de atenção, e outra, do contexto de tratamento penal (serviço social e psicologia), colocando-se, a todos esses trabalhadores, o cumprimento das diretrizes da atenção básica municipal, a fim de atender integralmente às necessidades de saúde de uma população específica (MPL). Tudo isso em um ambiente de trabalho (prisão) estruturado por regras e leis próprias, estranhas às da Saúde.

Paradoxalmente, os profissionais referiam não ter recebido capacitação introdutória para atuação em serviço de APS no Sistema Prisional. As orientações gerais limitavam-se às questões de segurança no local de trabalho e, mais especificamente, aos cuidados na relação com as presas,¹³ estes fornecidos por outros profissionais da penitenciária ou pela administração local, o que coincide com os achados de outra pesquisa (LOPES, 2014).

Profissionais do núcleo de enfermagem haviam participado de treinamento/capacitação para atuar na prevenção, detecção e manejo de casos de doenças infectocontagiosas (testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C), ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde. Todavia, sentiam necessidade de espaços de formação que abordassem temas como saúde mental no Sistema Prisional e direitos das mulheres em privação de liberdade, os quais, segundo eles, deveriam ser igualmente privilegiados.

¹³ É importante salientar que as palavras “preso/a”, “prisioneiro/a”, “interno/a”, “recluso/a”, “apenado/a” são termos polêmicos, que deveriam ser utilizados sempre como adjetivo, para expressar condição ou modo de estar – jamais como substantivo, que sugere essência ou modo de ser. No entanto, o modo de subjetivação “preso/a” realmente existe. As expressões politicamente corretas seriam “pessoas em cumprimento de pena privativa de liberdade”, “em situação de privação de liberdade” ou simplesmente “privada de liberdade”. Mas, além de tornar o texto cansativo, este modo de designar apresenta, ainda, algo a ressaltar: a pessoa cumpre pena coagida, portanto, no fundo, a mudança de nome nada retira do que representa o aprisionamento, e nem poderia, porque a prisão continua a existir.

Para um dos profissionais, ter maior informação sobre Direito (jurídico/penal) poderia contribuir para melhor acolher as demandas dessas pessoas: “Assim, eu sou [suprimido o núcleo profissional], não entendo nada de Direito [disciplina], mas eu acho que seria muito importante, até para o próprio acolhimento desta mulher...” (P3).

Tratava-se de um dilema entre o distanciamento da formação acadêmica e o da experiência de trabalhar na prisão. Além disso, as experiências de trabalho anteriores, diferindo em habilidades e recursos da atenção à saúde em ambiente prisional, justificariam a necessidade de treinamento adequado para atuar nesse novo cenário. Esse achado condiz com os resultados encontrados em todos os estudos que abordam o tema do trabalho em saúde no Sistema Prisional brasileiro (BARSAGLINI; KEHRIG; ARRUDA, 2015; CELL *et al.*, 2015; JESUS; SCARPARO, 2015; SANTOS *et al.*, 2015; BARBOSA *et al.*, 2014; FERNANDES *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2014; JESUS; SCARPARO; LERMEN, 2013; DIUANA *et al.*, 2008)

Além disso, os profissionais consideravam extremamente necessária a oferta de espaços de formação que pudessem contribuir para a qualificação da atenção à saúde mental no Sistema Prisional. Para eles, esse tema não se encontrava na cesta de prioridades da Gestão Municipal e Penitenciária do RS. Como será abordado no subtema “Barreiras para inclusão das reclusas na RAS”, havia uma lacuna importante entre o normatizado nas legislações e o possível de realizar naquele ambiente de trabalho.

Essa divergência trazia a sensação de que “[...] essa lei [Reforma Psiquiátrica], para nós, não serve. A gente está no século passado” (P5). Este item traz justamente a discussão de que qualquer processo de formação voltado para os trabalhadores da área da saúde no Sistema Prisional só trará resultados se estiver associado a mudanças políticas.

Enfatiza-se, além disso, que cursos e capacitações isolados não bastam. Nesse sentido, as ações voltadas para a formação não podem depender, majoritariamente, da iniciativa dos próprios trabalhadores da EABp. A capacidade de auto-organização não é suficiente, e o papel da gestão é fundamental para assegurar essa prerrogativa.

Como qualquer profissional de saúde atuante na rede SUS, os que trabalham no Sistema Prisional estão contemplados em propostas oficiais de capacitação (BRASIL, 2004; BRASIL, 2014). O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e

Municipais, por sua vez, têm a responsabilidade de propor mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente voltadas para o desenvolvimento das habilidades necessárias à atuação do profissional de saúde no Sistema Prisional, e orientadas pelas diretrizes nacionais e pela realidade local de trabalho.

Na falta dessa prerrogativa de gestão do trabalho, os profissionais referiram que estratégias diárias eram criadas para se adequar ao novo ambiente ocupacional, enquanto outras que não se adaptavam ao contexto eram alteradas para se ajustar às situações. Sentimentos de não valorização, como trabalho solitário e impotência, foram relatados.

[...] quando a gente iniciou aqui, em 2011, ninguém nos mostrou nada, a gente foi tateando e tocando o barco sozinho, sem muita formação. E então hoje a gente criou as nossas rotinas, muito vivenciando a realidade com o que a gente tinha, né. [...] eu me sinto, às vezes, meio impotente, porque a gente acaba fazendo aquilo que é possível né, com o que a gente tem (P1).

É notório, pois, que, quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado for, mais difícil será refletir sobre ele (CAMPOS, 2006). Criar espaços para que a EABp possa ponderar e analisar suas práticas deveria ser considerado parte integrante do seu trabalho. Por isso, é fundamental aos profissionais de saúde atuantes no Sistema Prisional que desenvolvam habilidades voltadas à reflexão crítica e à transformação do seu processo de trabalho.

Uma das possibilidades de solucionar essa questão seria o incentivo, por parte das Áreas Técnicas da Atenção Básica no Sistema Prisional do estado, do município e do Departamento de Tratamento Penal (DTP) da SUSEPE, para programar ações ou criar estratégias ao desenvolvimento de espaços de educação permanente nas unidades prisionais.

A Educação Permanente em Saúde, enquanto instrumento de formação em serviço, não deve ser subvalorizada pelos gestores e profissionais. Do contrário, corre-se o risco de que o direito à saúde das PPL seja confundido somente com a disponibilização de um aparato médico ou hospitalar, quando a PNAISP e a PNAB reiteram a necessidade de um trabalho voltado para a equidade e a integralidade da atenção em saúde.

Evidencia-se, portanto, que a precarização do trabalho da EABp mantém relação direta com fatores estruturais e gerenciais, afetando negativamente o

trabalho daquela equipe. Dentre as principais expressões da precarização do trabalho da EABp está: a terceirização da força de trabalho objetivada pela formação de uma equipe híbrida (concursados e terceirizados), ampliando a desproteção social dos profissionais (diferentes salários e desigualdades de direitos, vantagens e deveres); a precária condição de trabalho, objetivada pela insuficiência de insumos e material para realizar procedimentos de saúde, impactando no processo de judicialização da saúde; e, a falta de treinamento inicial e longitudinal para atuação em serviços de APS no Sistema Prisional, expressa na pouca oferta de cursos de formação e capacitação, e da inexistência de espaços de educação permanente coerentes com a realidade deste ambiente ocupacional.

4.1.2 Conflitos entre os Setores da Penitenciária

Além dos determinantes estruturais que condicionam a gestão do trabalho em saúde, há também aqueles que influenciam as relações entre os diferentes segmentos sociais em uma mesma instituição. No contexto da Saúde no Sistema Prisional, por exemplo, a organização do trabalho da EABp é atravessada pelas regras de segurança carcerária. Neste sentido, o presente subtema apresenta como as relações de poder e hierarquia entre os setores da penitenciária são fatores ou expressões da cultura vigente naquele ambiente de trabalho.

Para os profissionais da EABp, a questão da segurança influenciava na dinâmica da unidade de saúde, além de sobressair em importância na penitenciária. Tal fato vem confirmar os achados de outros estudos (DIUANA *et al*, 2008; SOUZA; PASSOS, 2008; JESUS; SCARPARO; LERMEN, 2013; BARBOSA *et al.* 2014; MARTINS *et al.* 2014; JESUS; SCARPARO, 2015; BARSAGLINI; KEHRIG, 2015).

Constatou-se que a população atendida pela EABp nem sempre acessava o serviço de saúde no momento em que desejava, pois sair/ser tirado da galeria para atendimento não era algo tão simples e fácil de operacionalizar. Além disso, os profissionais não podiam executar ações que alterassem a rotina da prisão sem que o Setor da Segurança tivesse conhecimento e aprovasse tais atividades. A EABp “fica, portanto, incapaz de ofertar suas ações e serviços sem a mediação dos agentes” (Diário de Campo). Este aspecto ficou evidente no momento de analisar a relação conflitante entre o Setor da Segurança e o da Saúde.

Os profissionais da EABp referiram que alguns dos fatores que contribuíam para o conflito entre os setores estavam ligados à *formação dos profissionais da segurança* e à divergência entre os *objetivos orientadores do trabalho* dos agentes penitenciários e os orientadores do trabalho da EABp:

A realidade é assim, a gente [a EABp], quando entrou aqui [na penitenciária], era uma guerra, que nós víamos de um jeito e eles [os agentes penitenciários] viam de outro. E quando nós entramos, eles queriam mandar em nós, inclusive na questão médica, então até a gente acertar isso, levou um tempo [...] Mas pelo menos, agora, a gente consegue conviver bem. A gente consegue fazer um trabalho legal, mas existe uma coisa bem nítida, que é aquele limite: não invade o meu limite que eu não invado o teu. Então isso é uma coisa que a gente colocou [...]. Eu entendo que a visão que eles têm, e que a visão diferente daquilo que a gente tem, porque são objetivos diferentes. Então eu não consigo ver o caminho, qual é o viés para chegar lá, já tem uma formação toda deles. Então... (P7).

Em última análise, havia uma divergência entre os princípios e objetivos orientadores de duas políticas distintas: a da Saúde e a da Segurança. Na penitenciária, o Setor da Segurança assumia a identidade de mantenedor da ordem. Logo, o objetivo do trabalho dos agentes penitenciários voltava-se para o controle, o disciplinamento, a vigilância e a punição (LOPES, 2002; MORAES, 2013). Por outro lado, os profissionais da saúde buscavam “[...] ofertar um tratamento, um cuidado para que elas [as MPL] consigam, na medida do possível, ter equilíbrio físico e psíquico. É o que a gente tenta sempre estar trabalhando com elas, para dosar, para manter, para melhor conseguir cumprir uma pena” (P3). Em linhas gerais, o trabalho da EABp seria de amenizar/aliviar as dores e o sofrimento decorrentes do ambiente de confinamento.

Pensar a saúde (vida) dentro de um ambiente de securitização (morte) é um paradoxo. Conflitos decorrentes da divergência entre os objetivos de trabalho na penitenciária são reflexos de uma instituição contraditória que, historicamente, tem promulgado duplo objetivo: o de vigiar/controlar/punir e o de ressocializar/reintegrar/reeducar aqueles que estão à margem da sociedade (ZAFFARONI, 1991; 2006).

Com a implantação de um serviço de saúde em um ambiente de controle e práticas punitivas, as contradições e a complexidade do trabalho se acentuam. Como a uma mesma instituição podem ser atribuídas funções aparentemente opostas, de vigilância/punição e de cuidado?

Diante desse paradoxo, faz-se necessária uma breve análise sobre o que está por trás da expansão do poder e das práticas punitivas. Para isso, será delineada uma rápida reflexão sobre as características desse fenômeno na América Latina e na realidade brasileira, em face de suas particularidades, comparadas com as do sistema penal da América do Norte e da Europa Ocidental, densamente descritos por Goffman (2001) e Foucault (2014).

Todavia, é importante esclarecer que a expansão do poder punitivo não é uma realidade exclusiva dos países latino-americanos. É uma tendência mundial, registrada desde as últimas décadas do século XX. Trata-se de um fenômeno global, que se retroalimenta das totalitárias propostas de troca da liberdade por segurança, assim como “das danosas ideias que colocam a ordem acima da dignidade e das vidas de seres humanos; dos perversos, inúteis e autodestrutivos desejos de vingança; das nocivas ilusões acerca da pena, que vem submetendo mais e mais indivíduos à privação da liberdade” (DARKE; KARAM, 2016, p. 460. Tradução nossa).

Por outro lado, são recentes as publicações sobre a expansão do poder punitivo e a administração do cotidiano prisional, para além do contexto norte-americano e europeu. Destacam-se estudos nas diferentes áreas da criminologia (ZAFFARONI, 1991; 2006; CAIN, 2000; AAS, 2012; LEE; LAIDLER 2013), bem como das ciências sociais (CONNELL 2006; DARKE; KARAM, 2016).

Estudos históricos (SALVATORE; AGUIRRE; JOSEPH, 2001; AGUIRRE, 2007) sobre a questão penitenciária latino-americana apontam para uma estrutura penal marcada pelo conservadorismo e por resistências em todos os níveis políticos. Desde a falta de recursos estatais à tradição autoritária culturalmente enraizada, que não só permeia as relações entre elites e classes subalternizadas, mas se reproduz sobre estas últimas “em uma aparentemente interminável cadeia de comportamentos abusivos e despóticos” (AGUIRRE, 2007, p. 19. Tradução nossa).

O globalizado controle do crime que, contrastando com a agenda internacional de direitos humanos, encontra particular ressonância na América Latina, através da militarização da justiça criminal e, praticamente o oposto da reabilitação, da securitização do ambiente prisional. A força da militarização da justiça criminal é reforçada ainda mais no contexto da “guerra às drogas” e da “criminalização da pobreza” (WACQUANT, 1999, 2008; KARAM, 2015).

As condições socioeconômicas estão na base das condições prisionais e do uso da prisão na América Latina. Esse contexto geopolítico apresenta algumas particularidades, a que se somam fatos históricos e contemporâneos como, por exemplo: o legado do colonialismo (SALVATORE; AGUIRRE; JOSEPH, 2001), da escravidão (AGUIRRE, 2007) e das ditaduras militares (AZEVEDO 2005); a construção estatal pós-colonial (SALVATORE; AGUIRRE; JOSEPH, 2001); o predomínio de ciências positivistas individualistas e do darwinismo social na criminologia latino-americana (OLMO, 1999); a penetração da ideologia penal neoliberal (WACQUANT, 1999, 2003, 2008); a ameaça à soberania estatal colocada pelo comércio das drogas ilícitas (GARCES, 2014; KARAM, 2015); as práticas e procedimentos políticos e judiciais (MACAULAY, 2013); a indiferença (UNGAR, 2003); a justiça popular e a desconfiança cultural da lei (CALDEIRA, 2000); o medo da violência (BERGMAN; WHITEHEAD 2009); o machismo (KARSTEDT, 2001) e o cristianismo, aí incluído o recente crescimento das religiões evangélicas (DIAS, 2005).

A expansão do poder punitivo traz a diversificação de seu exercício, que se estende para além dos muros das prisões, a exemplo das penas alternativas, do monitoramento eletrônico e das câmeras de vídeo, submetendo a sociedade a níveis de vigilância e controle constantes e alimentando, assim, o poder da “indústria eletrônica” (ZAFFARONI, 2009).

Mais do que isso, a expansão do poder punitivo trouxe consigo a intensificação do encarceramento, que permanece no centro do sistema penal. Atinge, de forma preferencial, os jovens, os pobres, os marginalizados e os desprovidos de poder. É este segmento social que hoje habita o sistema carcerário, sobretudo na América Latina e no Brasil (WACQUANT, 2003).

Nesta região, as prisões são mais próximas de “campos de concentração para os despossuídos, ou empresas públicas para o armazenamento industrial do refugio social, do que de instituições judiciais cumpridoras de alguma identificável função penalógica” (WACQUANT, 2003, p. 200. Tradução nossa).

Com efeito, mais de 10,35 milhões de pessoas estão sabidamente presas em instituições penais por todo o mundo. Nos últimos 15 anos, o número estimado de presos no mundo todo cresceu de 25 a 30% (enquanto a população mundial cresceu em 20%). A taxa mundial de encarceramento subiu de 136 para os atuais 144 presos por 100.000 habitantes (WALMSLEY, 2017).

Conforme as últimas estatísticas oficiais do Ministério da Justiça (BRASIL, 2014g), a população carcerária brasileira, em duas décadas, mais do que triplicou: em 1995, havia 148.760 pessoas privadas de liberdade (92 por 100.000 habitantes). Em 2014, a população carcerária teria chegado a 567.655 presos. Outros 147.937 estavam em prisão domiciliar. Tais dados atribuem ao Brasil a terceira maior população carcerária do mundo: 715.665 PPL, correspondendo a uma taxa de 358 presos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2014g).

As taxas de encarceramento, em quase todos os outros países latino-americanos, também são superiores à média mundial,¹⁴ sendo que, nos países da América Central, podem ser encontradas taxas ainda mais altas.¹⁵ Como no Brasil, quase todos os demais países latino-americanos dobraram ou triplicaram suas populações carcerárias em 20 anos (WALMSLEY, 2017).

Como já referido em parágrafos anteriores, as políticas de “guerra às drogas” têm contribuído sobremaneira para o fenômeno do encarceramento em massa. No Brasil, por exemplo, a Constituição democrática de 1988 resgatou e reafirmou direitos fundamentais, mas dispôs que leis excepcionalmente restritivas fossem adotadas para processar e punir a tortura, o terrorismo e outros crimes definidos como “hediondos”, entre os quais o tráfico de drogas. Esse dispositivo abriu caminho para a proliferação de leis “infraconstitucionais” e “hipercriminalizadoras” que contribuíram, deliberadamente, para o crescimento do encarceramento e a superlotação das prisões (FIORE, 2012, DARKE; KARAM, 2016).

Em contraponto, as prisões latino-americanas contam com reduzido número de funcionários, principalmente aqueles a quem o Estado atribuiu a função de manter a ordem e o bom funcionamento das unidades prisionais. No Brasil, os agentes penitenciários estatais são totalmente responsáveis pela disciplina e segurança dos estabelecimentos penais. Todavia, a contratação desses trabalhadores não acompanhou o crescimento da população carcerária. Para piorar ainda mais, os poucos que ali trabalham geralmente são mal pagos e mal treinados (SALLA, 2006, 2007; ADORNO, SALLA, 2007).

A insuficiência de efetivo no Setor da Segurança mal pode garantir a vigilância dos muros externos das unidades prisionais; imagine-se então, por

¹⁴ A saber: Uruguai (281 presos por 100.000 habitantes); Guiana Francesa (278); Chile (266); Colômbia (245); México (201); Suriname (186); Venezuela (161); Equador (149).

¹⁵ A saber: Belize (476 presos por 100.000 habitantes); El Salvador (422); Panamá (411); Costa Rica (314).

exemplo, assegurar a supervisão das PPL em oficinas ou salas de aula, ou possibilitar que um nível adequado de bens e serviços flua das, e para as, celas/galerias (ADORNO, SALLA, 2007).

Por essa perspectiva, os profissionais da EABp referiram que a *falta de agentes penitenciários* seria um fator a dificultar o desenvolvimento do trabalho em saúde na penitenciária. Tanto o acesso das presas à UBSp quanto o fluxo de atendimento seriam determinados pela presença ou ausência desses profissionais: “Dificuldade, eu acho que seria essa questão do agente, né. Pelo fato de ter agente aqui e possibilitar, então, o andamento, o fluxo” (P2).

Assim como nos estudos sobre administração do cotidiano prisional (SALLA, 2006, 2007; ADORNO, SALLA, 2007; DARKE, 2013; DARKE; KARAM, 2016), os profissionais reconheceram que a escassez de agentes é uma tendência nacional e que, se o Setor da Segurança apresentar insuficiência de efetivo funcional, o trabalho de todos os outros setores será afetado. Reiterando: “não é só aqui né, gurias, em todas as casas prisionais está acontecendo isso, essa ausência de agentes penitenciários, não tem mais diarista como tinha antes, não existe mais diarista – então, às vezes não tem, e aí como que se trabalha né? Para tudo! (P1)”.

Essa condição, conforme se observou durante a pesquisa, desfavorecia o trabalho da EABp, pois influenciava na dinâmica do serviço e no desenvolvimento da atenção à saúde na penitenciária. Logo, as questões de segurança pareciam sobrepor-se às de saúde. Diante desse contexto, os profissionais se confrontavam com o sentido ético-profissional, pois: “Tu sabe que não pode atender sem o guarda, mas e aí? E a tua ética? E o teu juramento? E a paciente?” (P3).

Em contraste, as divergências entre o Setor da Saúde e o da Segurança (este último respaldado pela Direção da penitenciária) estimulavam práticas de resistência no primeiro Setor. Um dos principais comportamentos de “contrapoder” foi decidir que, na falta de efetivo no Setor da Segurança, a unidade de saúde passaria a atender como um serviço de Pronto Atendimento (urgência/emergência).

Através desse comportamento igualmente autoritário, o Setor Saúde exprimia o poder constituído naquele ambiente: “Então, assim, se não tiver agente, não atende. É porta fechada, a gente está aqui, faz serviço administrativo, organiza a unidade e, assim, é pontual, a gente está aqui para uma emergência” (P3).

Em contrapartida, a UBSp funcionava apenas em horário comercial (das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira), e não 24h, como um serviço de pronto

atendimento, fator que prejudicava ainda mais o acesso à saúde e, conseqüentemente, contribuía para aumentar a demanda reprimida e a sobrecarga de trabalho.

A gente não teve atendimento aqui quinta e sexta da semana passada, né. Porque não tinha agente aqui para nós e hoje a gente chegou e estava tudo assim ó... Então, assim, teve quinta, sexta, sábado e domingo. Quatro dias sem atendimento. A gente estava com uma demanda de um bolo de neve (P3).

No terceiro turno (noite) e aos finais de semana, cabia aos agentes penitenciários “acolher” as demandas de saúde, “classificar” o risco e encaminhar para o serviço de referência, se considerado necessário. Desse modo, a organização do trabalho e a oferta dos serviços de saúde na penitenciária seguiam um modelo híbrido de atenção. Havia uma linha tênue entre a atenção emergencial/ambulatorial (curativa) e o cuidado primário em saúde, que deveria ser orientado pela prevenção e promoção, sem prejuízo da assistência (BRASIL, 2014). Diante das circunstâncias socioambientais (organizacional, relacional e clínica) o primeiro procedimento parecia sobrepor-se ao segundo.

Outro aspecto que chamou a atenção, e que contribuiu, apesar de não ser o único, para que o modelo biomédico (cuidado para evitar a morte) se sobrepusesse ao modelo de atenção biopsicossocial (manutenção e defesa da vida) foi a *falta de comunicação entre os setores da penitenciária*, principalmente entre o setor responsável pelo cuidado primário em saúde (EABp) e o responsável pelo tratamento penal naquele local (Setor Técnico), os quais, em última instância, respondiam tecnicamente pela mesma população (MPL).

Na perspectiva dos profissionais da EABp, havia pouco diálogo entre todos os setores da penitenciária. *A falta de comunicação acabava isolando-os*. Com efeito, esse fator inviabilizava o planejamento de ações e projetos compartilhados, bem como a corresponsabilização pela integralidade do cuidado, de tal modo que essa fragmentação veio a produzir conseqüências negativas para a atenção à saúde das MPL, conforme pôde ser constatado em diferentes excertos:

Tem uma escola aí também, com uma professora. A Secretaria de Educação deve ter algum papel lá, com a professora, mas a gente não fica sabendo (P5).

[...] por exemplo, a escola [da penitenciária] [...], a gente fazia essas tentativas de trabalhar a questão de saúde na escola, né. É um setor acessível, mas a Diretora que não permitia muito (P1).

Mas o que a gente detectou nessas duas primeiras reuniões [de grupo focal], na verdade a saúde mental não fica aqui dentro [na UBSp], ela tá mais no Setor Psicotécnico e me parece que vocês [EABp e Setor Técnico] não estão conversando sobre os casos. Há o atendimento das mesmas mulheres, mas não estão conversando, me parece (AM 2).

O acompanhamento psicológico é via psicotécnico, então provavelmente tudo foi encaminhado lá por baixo [Setor Técnico, Jurídico e Direção], e nós não ficamos sabendo. E isso é ruim porque ela [a presa] saiu [da prisão] sem as medicações, e eles não falaram com a gente (P2).

Esses dados acabaram por revelar a falta de integração dos profissionais de saúde com os demais setores da prisão, incluindo a Segurança, e apontaram para a importância de um trabalho conjunto entre os diferentes segmentos institucionais (saúde, educação, segurança) não apenas no momento da execução como também na definição, planejamento e organização das ações de saúde.

O fato de duas políticas públicas (saúde e segurança) atuarem no mesmo ambiente, porém com objetivos e atribuições distintas, contribuiu para que o Setor Saúde se ajustasse ao ambiente de trabalho e, de alguma maneira, se adaptasse à lógica da prisão. Esse fenômeno aproxima-se do conceito de aprisionamento (THOMPSON, 2002) atribuído ao processo de adaptação à cultura do Sistema Prisional, a suas regras e ao regime autoritário de administrar o cotidiano prisional (AGUIRRE, 2007).

Tal ajuste situacional adquiriu um contorno dramático. É prudente esclarecer a parcialidade das informações, haja vista que não se tem a perspectiva dos trabalhadores dos outros setores. Embora isso, o fato é que se legitimou uma divisão arbitrária entre aquilo que os setores entendiam como demanda clínica (soluções terapêuticas/doença) e aquilo que percebiam como demanda psicossocial (soluções sociais), como se ambas fossem excludentes e confinadas a áreas de conhecimento isoladas.

Aqui, assim, quando tem toda uma questão, mais clínica junto com a psiquiátrica, o que fica aqui por cima [UBSp] são aqueles ajustes que são meio complicados de fazer. O que é daqui é daqui [UBSp], o que é de lá é de lá [Setor Técnico]. [...] O acompanhamento psicológico e do serviço social é via psicotécnico (P2).

Diante desse binômio, a parte “clínica” ficou sob a responsabilidade do Setor Saúde (EABp), destinando-se ao diagnóstico, tratamento e ajuste medicamentoso; a parte psicossocial passou ao encargo do Setor Técnico, que, segundo os

profissionais da EABp, voltava-se ao acompanhamento psicológico e ao serviço social (contato com as famílias, articulação com a rede socioassistencial, previdenciária etc.), muito embora esses dois núcleos profissionais fizessem parte da EABp.

À primeira vista, o que se constatou foi uma confusão entre o que seria função de um setor e o que seria do outro. Mas, a partir dos esclarecimentos de alguns profissionais e das observações realizadas no decurso da pesquisa, verificou-se que havia a probabilidade de que esse problema fosse além da função setorial.

Não havia, aparentemente, muita clareza sobre as atribuições de núcleos profissionais específicos (serviço social e psicologia) em políticas públicas distintas (segurança e saúde), em um mesmo ambiente de trabalho (prisão). Com a inserção desses dois núcleos profissionais na EABp – observando que anteriormente eram exclusivamente do Setor Técnico – ocorreu um conflito entre a identidade dessas áreas de saber e de prática profissional, e o campo de trabalho. Esse campo seria um espaço de limites imprecisos, onde cada disciplina e profissão buscava apoio em outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

A situação é delicada, requer prudência, mas sua complexidade não deve justificar o não enfrentamento, pois ele é premente. As reflexões nesse âmbito são densas, extrapolando os objetivos desta pesquisa de dissertação, mas certamente necessárias. Mereceriam, inclusive, estudos específicos por envolverem um problema organizacional que impõe barreiras para a atenção à saúde naquele local, com consequências negativas para o trabalho da EABp e, principalmente, com implicações na descoordenação do cuidado e da integralidade da atenção à saúde, conforme será apontado no decurso dos próximos subtemas.

Esta realidade evidencia que a cisão de uma equipe híbrida (saúde e segurança) pode ter contribuído com os conflitos entre os setores da penitenciária e com o recrudescimento das práticas biomédicas no Setor Saúde. A polarização da saúde (em positivo) e da doença (em negativo) dificultava a conexão entre um e outro setor, e subordinando a população usuária a práticas que buscariam, única e exclusivamente, o tratamento segmentado em detrimento do cuidado compartilhado.

Constatou-se, portanto, que a hierarquia Segurança x Saúde é objetivada por meio da divergência entre os objetivos que orientam o trabalho dos Agentes Penitenciários e os da EABp, bem como pela Insuficiência de efetivo no Setor da

Segurança afetando o acesso e o fluxo do trabalho da EABp. Além disso, a falta de comunicação entre os Setores, sobretudo entre a EABp e o Setor Técnico contribui para a pouca integração entre eles, que, se expressa por meio dos projetos paralelos e da fragmentação entre clínica e atenção psicossocial (falta de clareza sobre a função de cada Setor e/ou núcleos profissionais).

Finalmente, percebe-se que o trabalho da EABp sofre influência de fatores ambientais associados às regras de segurança e à cultura prisional (autoritária, hierarquizada e não dialógica), reforçando práticas biomédicas (objetivadas por uma clínica de curto alcance, densamente fragmentada). Trata-se de uma prática legitimada pelo projeto político daquela instituição, cujos efeitos incidem no provimento da atenção à saúde, legitimando a fragmentação do cuidado. Em tais condições, avança a deterioração das relações de trabalho entre os setores, atingindo, conseqüentemente, a situação de vida das MPL, subordinadas no tempo e no espaço àquele ambiente.

4.1.3 Ocupação do tempo em prisão

Este subtema apresenta, segundo a perspectiva da EABp, como as carências estruturais, as formas de sociabilidade despóticas, o abandono familiar, e a escassez de serviços sociais produzem danos à saúde daquelas que vivem sob custódia do Estado.

Sob a ótica da sociologia, há o entendimento de que o tempo pode ser determinado por seus aspectos físicos, mas também por sua dimensão social, uma vez que a experiência social, ou a prática, não está no tempo, mas no que ela faz do tempo. Sendo assim, o tempo “só é realmente sentido quando se rompe a coincidência quase automática entre as esperanças e as oportunidades” (BOURDIEU, 2001, p. 256).

Diante disso, o tempo em prisão apresenta uma realidade paradoxal, pois:

O preso, muitas vezes, ‘depara-se com o tempo’ em situações cotidianas inversas às do mundo de fora. Não raro, além dos muros, ‘sentimos o tempo’, ‘percebemos sua presença’, pela escassez, pela sua falta. Na prisão, o tempo é muitas vezes representado como uma imensa entidade, todos ali parecem ter alguma forma de reflexão sobre essa noção. O detento depara-se com o tempo pelo excesso com o qual este se apresenta, o que cria uma interessante dualidade verbal, simultaneamente o ‘tempo perdido’ e o ‘tempo excessivo’. [...] Deparando-se com o excesso do tempo como uma ‘entidade’, passar o tempo, matar o tempo, são sempre

expectativas recorrentes, mas, devido até a própria grandeza do 'inimigo' que se pretende 'matar', são armas por demais frágeis. Mata-se parte do tempo de um dia e no seguinte ele volta inteiro. (GOIFMAN, 1998, p.116).

Ao que se complementa:

Condenam-se homens a ociosidade. Enquanto o tempo livre passa a ser valorizado pela sociedade no sentido de melhoria da qualidade de vida, essa valorização só aparece para pessoas que trabalham sistematicamente, na qual o descanso é necessário. Essa valorização positiva do tempo livre não encontra seu espaço quando esses mesmos atores sociais olham para a prisão. O tempo livre não é visto como merecido, e nem como desejado, para uma grande parte da população carcerária (GOIFMAN, 1998, p.103).

A condição de isolamento decorrente do processo de encarceramento força as PPL à inatividade e à ociosidade (GOIFMAN, 1998; CANAZARO; ARGIMON, 2010; AUDI *et al.*, 2016; MINAYO; RIBEIRO, 2016, CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016); à limitação do espaço, à impossibilidade de ir a outros lugares, de buscar e estar com quem desejam (MATTHEWS, 2003); ao isolamento, à separação, à distância do meio familiar e social (GOFFMAN, 2001; MINAYO; RIBEIRO, 2016; FREUDENBERG; HELLER, 2016); à falta de ar, de sol, de luz, à precariedade das condições sanitárias, à falta de higiene, à alimentação muitas vezes deteriorada (VARELLA, 1999; WACQUANT, 2001; HUMAN RIGHTS WATCH, 2016; VALENÇA *et al.*, 2016); à convivência forçada, à disciplina e à submissão, à vigilância permanente (GOFFMAN, 2001; AGUIRRE, 2007; DIUANA *et al.*, 2008); aos regulamentos que devem ser seguidos sem explicações nem possibilidades de questionamento e ao sistema de regalias que transforma direitos em recompensas por comportamentos tidos como bons (VARELLA, 1999; MATTHEWS, 2003; CASTRO-SILVA, 2008, DIAS; DARKE, 2015).

Tal conjunto de fatores torna a população privada de liberdade especialmente vulnerável ao desenvolvimento de múltiplos agravos, essencialmente às morbidades psiquiátricas. Para os profissionais da EABp, o *ambiente de confinamento*, no modo como se encontra, age como estressor,¹⁶ pois “É o ambiente aí, né, o externo influenciando na saúde delas, na psique” (P7)”. E complementa:

¹⁶ O estresse é um problema de saúde mental que se encontra associado a diversos outros transtornos físicos e mentais, entre os quais a depressão. É uma resposta orgânica não específica para situações estressoras ao organismo, decorrentes, muitas vezes, do ambiente; sua presença de forma moderada significa uma normal adaptação às demandas do dia a dia, porém, quando excessivo, é uma manifestação de sofrimento psíquico com reações físicas e emocionais, e os sintomas variam dependendo da fase em que se encontra (LIPP, 2013).

Muitas vezes, pelo fato de estarem enclausuradas, detidas, presas, todas as queixas se multiplicam em dez vezes, né. A dor é mais intensa, a ansiedade é mais intensa, a depressão é mais intensa. Então, a gente lida com coisas bem tensas, depressões graves, ansiedades refratárias à medicação porque é um ambiente ansiogênico já de saída, né (P7).

Para eles, o longo período de isolamento e as condições adversas de se viver na prisão contribuem para o processo de adoecimento físico e psíquico das MPL. Afirmando que as demandas mais emergentes estão associadas a condições agudas de saúde, como “diarreia, náusea, vômito, dor de cabeça” (P5) e “sem dúvida, o fator emocional” (P3). Todavia, as demandas mais recorrentes e problemáticas, segundo os profissionais, estão, geralmente, associadas ao sofrimento psíquico. Os sintomas depressivos, os transtornos de ansiedade (fobia social e claustrofobia) e a insônia se apresentariam como um dos principais problemas de saúde entre as mulheres privadas de liberdade na penitenciária. Assim:

[...] ela pode vir por uma cefaleia, uma dor de cabeça, náusea... mas daí quando tu começa a cutucar e ver, assim, normalmente, é um... Sempre tem algum fator emocional ligado à queixa. Quando tu toca na ferida, é a depressão que rege a sintomatologia anterior, isso é bem característico. A não ser uma pneumonia, que é uma doença clínica - alguma coisa assim, né - sempre vai ter um fator emocional ligado à queixa. (P3).

Sem dúvidas, em primeiro lugar, está a depressão. Em segundo lugar, o transtorno de ansiedade generalizada, que é uma ansiedade que, a princípio, não tem causa definida. A insônia é um grande problema. E depois, algumas ansiedades específicas, tipo fobia, fobia social, fobia de lugares fechados - a claustrofobia, este tipo de coisa. Mas a que sai em primeiro lugar acho que é a depressão, em disparada (P7).

Alguns estudos consideram que as pessoas privadas de liberdade possuem taxas mais elevadas de transtornos mentais, quando comparadas com a comunidade em geral (GUNTER, 2008). São encontradas estimativas entre 10 e 15% para a doença mental grave entre as PPL em comparação com o constatado na população geral, que é de 2% (LAMB; WEINBERGER; GROSS, 1999).

Porém, os agravos psicossociais decorrentes do confinamento apresentam claras distinções de gênero.¹⁷ Em um estudo de revisão sistemática, incluindo 109 amostras, totalizando 33.588 pessoas privadas de liberdade em 24 países,

¹⁷ Gênero é um conceito oriundo das ciências sociais que se refere à construção social do sexo, ou seja, sociologicamente falando, a palavra sexo designa somente a caracterização anatomofisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. O conceito gênero distingue a dimensão biológica da social. Assim, usa-se o termo sexo para caracterizar um evento biológico e o termo gênero quando há preocupação com o social (HEILBORN, 2003).

encontraram-se altos níveis de morbidade psiquiátrica. A prevalência de depressão maior foi de 14,1% entre as mulheres reclusas e 10,2% entre reclusos masculinos (FAZEL; SEEWALD, 2012). Esses números corroboram as evidências encontradas em recentes pesquisas realizadas no Brasil, que consideram uma prevalência maior de transtornos mentais graves entre as mulheres, em comparação com os presos do sexo masculino (ARAÚJO; NAKANO; GOUVEIA, 2009; CANAZARO; ARGIMON, 2010; SANTOS *et al.* 2016; MINAYO; RIBEIRO, 2016).

No Rio de Janeiro, por exemplo, 6,3% dos homens encarcerados e 7,5% das mulheres apresentam sintomas depressivos graves (MINAYO; RIBEIRO, 2016); na Paraíba, em média, 10,5% dos homens e 17,2% das mulheres (ARAÚJO; NAKANO; GOUVEIA, 2009); em São Paulo, 11,2% dos homens e 25,5% das mulheres (SANTOS *et al.* 2016). Todavia, no Rio Grande do Sul, a taxa é ainda maior, pois 48,7% das mulheres encarceradas apresentam depressão grave (CANAZARO; ARGIMON, 2010).

Os profissionais da EABp consideram que, além do ambiente de confinamento e seus modos de sociabilidade despóticos, o *abandono familiar* também contribui para o adoecimento das MPL, já que: “As visitas prometem e não vêm. Elas ficam sozinhas aí, por anos...” (P5).

Alguns estudos também indicam esse problema. Uma investigação realizada no Rio de Janeiro, com 1.573 PPL, evidenciou que o abandono familiar afeta mais as mulheres (41,4%) do que os homens (26,1%) (MINAYO; RIBEIRO, 2016). A ausência dos familiares pode ser justificada por diferentes motivos, entre os quais: o fato de os parentes assumirem o cuidado dos filhos das MPL; a unidade prisional estar localizada longe do local de residência da família; o medo, a vergonha e a humilhação da “revista” para adentrarem os presídios; os companheiros terem constituído outras parcerias (MINAYO; RIBEIRO, 2016), ou estarem também encarcerados; os familiares não contarem mais com a ajuda advinda da prática ilícita que elas lhes proporcionavam antes da prisão; e o estigma social da mulher que comete um delito (SIMÕES, 2014).

Todos esses dados indicam que o ambiente prisional pode tanto produzir quanto desencadear ou agravar as morbidades psiquiátricas, sejam elas pré-existentes ou não. Nessa direção, pesquisas recentes realizadas com as MPL no RS (PANICHI, 2014; PANICHI *et al.*, 2015; STOCK; PANICHI; FUZINATTO, 2017) identificaram histórias de vida marcadas por um precário vínculo familiar, baixos

índices de sociabilidade e acesso à educação, abuso de substâncias psicoativas e exposição a diversas formas de violência, como negligência familiar, abuso sexual e violência doméstica. Nesse sentido, a prisão, para a população feminina, implica problemas ainda mais impactantes, por exemplo, maior estigmatização social e altos níveis de problemas de saúde, com ênfase no sofrimento mental (PANICHI *et al.*, 2015).

Essas evidências reforçam a ideia de que a execução da pena privativa de liberdade expõe as MPL a condições de extrema vulnerabilidade.¹⁸ Além disso, pode re revitimizá-las, alimentando diversas formas de violência dentro da prisão (abuso sexual, psicológico, físico, violência autoinfligida, homicídio e outras).

A violência autoinfligida (ideação, tentativa e suicídio) foi um problema evidenciado durante a pesquisa. Situações como ideação suicida eram frequentemente rastreadas nas consultas médicas e de enfermagem. O atendimento inicial era realizado na UBSp e, geralmente, encaminhado para avaliação no Hospital de Custódia e Tratamento (manicômio judiciário) da SUSEPE (ver subtema “Barreiras para inclusão das reclusas na RAS”).

Mas a rotina e o normal é vir [...] é bem comum, como ela vem até nós ou o setor psicossocial [setor técnico] lá em baixo. Ela vem chorando, ou ela vem dizendo, ou ela já vem assim, com a história de tomar, assim, o antidepressivo e “eu não estou conseguindo, medicação não está me ajudando”. Elas verbalizam isso e quem atende sinaliza, “ah, se não é dia de sexta-feira, encaminha ao IPF [manicômio judiciário]”, ou consegue fazer algum combinado, algum manejo, por exemplo, é quinta ou quarta, “olha, sexta-feira tem psiquiatra, vamos conversar com ela, vamos ajustar”. Isso funciona súper bem assim (P3).

O que acontece? Vem a paciente, está deprimida. A princípio, a gente pode manejar uma depressão moderada, até grave sem ideação suicida. Se aparece ideação suicida, o que eu faria no hospital? Botaria ela em uma maca de observação, ia medicar ela e ter a vigilância constante. Tenho condições de fazer isso aqui [na UBSp]? Não! Então eu faço encaminhamento direto para o IPF. Tem ideação suicida, foge das nossas possibilidades de cuidado, então já faz o encaminhamento para o IPF, e normalmente eles as admitem lá, tem uma parceria. A única parceria (P7).

¹⁸ A vulnerabilidade, muito mais do que o conceito de risco, expressa com maior rigor o contexto básico da experiência histórica e social da pessoa que apresenta algum tipo de sofrimento, seja ele físico ou psíquico. Portanto, a vulnerabilidade se expressa por meio das condições sociais/ materiais em que os indivíduos/coletivos vivem, trabalham e sociabilizam, ao longo do ciclo vital (AYRES, 2009). Além disso, entende-se como vulnerável a pessoa/coletivo que é exposta a situações coercitivas (relacionamento estabelecido entre opressor e oprimido) e que vivem em uma comunidade como um grupo com problemas semelhantes (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Situações vinculadas à autoflagelação são difíceis de rastrear no Sistema Prisional do RS, visto que não são notificadas ao Centro Estadual de Vigilância em Saúde da SES/RS. *É um problema pouco abordado na Penitenciária e de certa maneira ocultado pelo Sistema.* Esse fato foi constatado durante a pesquisa, contribuindo para reforçar o objetivo da prisão: segregar e aniquilar (ZAFFARONI, 1991).

Tal situação indica a necessidade de instrumentos de rastreio para o risco de suicídio e identificação de doença mental grave a fim de prevenir e ofertar um acompanhamento adequado, com vistas ao processo de desencarceramento (FAZEL, *et al.*, 2016). Para tanto, faz-se necessária a implementação de tecnologias de monitoramento dos indicadores de saúde da população prisional do RS. O monitoramento das condições de saúde das PPL não deve ser realizado, única e exclusivamente, pela gestão penitenciária.

Os instrumentos de vigilância, nesse segmento, possibilitariam um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde das PPL (BRASIL, 2014; 2017), colaborando para o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública voltadas à proteção da saúde dessa população. Além disso, contribuiriam para a prevenção, o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Mais que um instrumento para evitar a morte, a saúde na prisão deve desempenhar o papel de manter e defender a vida. Para tanto, também é primordial que os profissionais da EABp tenham acesso a programas de treinamento e educação permanente, como forma de compartilhar conhecimentos destinados à melhoria dos processos de trabalho e à implementação de estratégias adequadas ao cuidado das pessoas em confinamento. Como já citado, essa condição é reconhecida como fundamental pela literatura específica (FAZEL, *et al.*, 2016) assim como pela EABp. Porém, é subvalorizada pelos órgãos gestores.

Outro aspecto que chamou atenção, durante a pesquisa, foi a preocupação de todos os profissionais da EABp com a *escassez de serviços sociais voltados à promoção do esporte, da educação, do lazer e do trabalho na Penitenciária.* Esse é um determinante social desfavorável às condições de vida na prisão e uma afronta à dignidade humana, o que provoca uma série de desdobramentos (diretos e indiretos) para a saúde das MPL e, conseqüentemente, para o trabalho da EABp.

Na ocasião, constatou-se uma situação de crise organizacional na penitenciária. De acordo com os profissionais, alguns fatores contribuíram para isso: mudança da Direção/Administração da instituição, pouco efetivo funcional no Setor da Segurança e baixa oferta de serviços sociais.

Para eles, o problema tornou-se ainda mais impactante em decorrência do fechamento de uma empresa terceirizada que empregava mão de obra prisional na instituição. Essa alegação ganhou respaldo, porque os serviços educacionais já estavam escassos, e o de desporto e lazer eram inexistentes no momento, produzindo consequências negativas para os que viviam, trabalhavam ou apenas circulavam naquele ambiente (MPL, familiares e funcionários).

De acordo com um dos profissionais de saúde: “Eu acho que a [suprimido o nome da empresa] realmente fechou em outubro [2014]. Mas ela reduziu tipo, eram 70 vagas, daí reduziu para 35 e daí em outubro fechou fechado” (P3), deixando “as presas à própria sorte” (P4). Na percepção deles, as mulheres, ao perderem a atividade ocupacional, tornaram-se ainda mais vulneráveis aos riscos e processos de adoecimento. Além de permanecerem mais tempo dentro das galerias (mais de 20h), também perderam a possibilidade de auxiliar financeiramente suas famílias, bem como arcar com as dívidas geradas dentro da prisão. Confirmam-se, então, os termos do paradoxo prisional: como é possível conceber a reintegração à sociedade, eliminando a sociabilidade das PPL? Como é possível prepará-las para a vida em liberdade se, na prisão, é suprimida a possibilidade da ação livre e o acesso aos mínimos sociais?

Um estudo etnográfico realizado com MPL no RS produziu narrativas interessantes sobre o cotidiano em prisão, levando à constatação de que o tempo de confinamento das mulheres funciona como uma tortura, como um símbolo de mortificação, pois, na penitenciária, “não há absolutamente nada para fazer” (LEITE, 2012, p. 13). Com efeito, há o aumento dos sintomas de estresse, ansiedade, e do uso de substâncias psicoativas. Como pode ser observado:

Outra tortura é o tempo que demora a passar. Algumas celas não têm televisão e o calendário é feito a mão. A gente se acorda as 7.00 h para a conferência (as agentes vêm conferir se ninguém fugiu ou se ninguém morreu), quem quer café com leite e pão deve sair com a caneca na mão para pegar. Voltamos para a cela em menos que dois minutos, e resta sentar na cama sem ter absolutamente nada para fazer. Assim passamos o tempo todo esperando o dia passar. Para não ficar muito tempo acordadas e ansiosas, quase todas pegam remédio calmante para dormir o dia todo e assim não ver o dia passar. (LEITE, 2012, p. 13).

Nesse caso, o ócio deixa de ser sinônimo de lazer e prazer. Na prisão, torna-se mais um entre os tantos outros mecanismos de punição e tortura. Os profissionais envolvidos na pesquisa mostravam-se preocupados com essa situação. Para eles, a falta de atividades como esporte, trabalho, lazer, cursos profissionalizantes e demais ações educacionais contribuía para o adoecimento físico e mental das MPL, indicando que o acesso a esses serviços sociais poderia funcionar também como um recurso para a proteção da saúde em prisão, conforme identificado nos excertos:

Muito, muito tempo, antigamente, aqui tinha aqui uns jogos de vôlei, esporte, que eu acho isso uma coisa muito importante, se falando de saúde. Tá! Algumas poucas trabalham, mas as que não trabalham e ficam só na cela, deitada olhando para o teto, ficando doentes. Daí ela traz um baseado, alguma coisa, um celular. Se tivesse um esporte, trabalho, educação, eu acharia, fora toda a parte de saúde, uma limpeza de cabeça muito boa, que ajuda na saúde, e é uma baita coisa para saúde mental delas (P4).

E assim, ano passado eu não sei, mas ano retrasado, elas tinham trabalho, tinham bastante curso, tinha algumas que trabalhavam com a escola, outras estudavam e agora isto está meio parado mesmo. Mas enfim, eu acho que esse tempo que ela fica pouco na cela é saudável para ela. Ela saía de manhã, ia trabalhar, tinha os cursos do Senac, aí para aula... Isso dá uma qualidade melhor, assim, sabe. Porque era um número mínimo que tinha, dentro da galeria, que ficava sem fazer nada, era muito pouco (P2).

Se na lógica da cultura prisional (autoritária, moralista, compensatória e paternalista) essas iniciativas podem ser destinadas, sobretudo, a manter a calma no interior do ambiente prisional (ADORNO, SALLA, 2007), em face da natureza (humana) aterrorizada pelo ócio e pelo tédio, por outro lado, na lógica dos Direitos Humanos e do SUS, constituem-se como direitos inalienáveis de cidadania. São atividades que, na perspectiva da Saúde Pública, contribuem para o bem-estar físico, social e intelectual das pessoas.

Devido a essas características, os serviços sociais, no espaço prisional, são utilizados como instrumentos de obediência por meio dos quais se processa o sequestro institucional da dignidade. Em contraponto, sua não garantia representa um desrespeito sistemático e institucional à Constituição Federal e aos princípios dos Direitos Humanos. Essa correlação faz dos serviços e bens sociais tanto um instrumento de controle como também um recurso para reduzir os danos decorrentes do confinamento e, em última análise, produzir processos de emancipação.

Não há dúvida de que a prisão é um instrumento de segregação e aniquilação, pois foi projetada para tal. Nela, o Estado materializa toda a sua força,

imprimindo o poder de punir e exterminar. Uma punição voltada, justamente, para os que são despossuídos de poder: a população menos abastada (WACQUANT, 2003).

O mesmo Estado que não garante os mínimos sociais “fora” da prisão, praticamente exclui qualquer possibilidade de acesso “dentro” dela. Trata-se de uma realidade complexa, em face das extensas desigualdades do Brasil. Em verdade, é um contrassenso imaginar que “dentro” do cárcere se tenha mais acesso aos serviços sociais, se isso for equiparado aos que vivem “fora” dele.

A sobrevivência do lado de “fora” se dá através migalhas sociais e, muitas vezes, em condições mínimas para uma vida com dignidade. É justamente por meio desta realidade paradoxal que se intensificam os discursos de ódio e se reforçam as práticas punitivas e segregatórias. Travada a luta pela sobrevivência, o que impera são as ideias animalescas de aniquilação. Que morram os de “dentro” e sobrevivam os de “fora”.

O pensamento dual faz com que a ideia do “dentro” e a do “fora” sejam analisadas de maneira isolada. Como se a prisão não fizesse parte da mesma humanidade ou fosse produto dela. Como se não refletisse as contradições sociais, as desigualdades e, conseqüentemente, as formas de vida que tornam uma pessoa estrangeira à outra (ROSANVALLON, 2013). A prisão é, na verdade, uma construção humana que exprime o ápice de toda a violência do homem contra o homem. Torná-la mais humana é um contrassenso, um paradoxo.

Diante desse realismo, constatou-se uma posição entre os profissionais de saúde da EABp. Embora se mostrassem conscientes de que as MPL são sujeitos de direitos – reconhecendo o fenômeno da cidadania ali onde ele tem sido tradicional e solenemente ignorado –, também se mostravam, por vezes, imersos na tradição burocrática da prisão.

Entre outras situações, aquela atmosfera dificulta um trabalho elementar ao profissional da saúde: promover cidadania na prisão é um meio para promover saúde (WHO, 2007a). Promover iniciativas intersetoriais para favorecer uma ambiência saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos das PPL é também função dos profissionais da EABp (BRASIL, 2014). A promoção da saúde nas prisões pode ajudar a melhorar o estado de saúde de comunidades, contribuindo, assim, para a saúde de todos (WHO, 2007a).

Essa realidade degradante não é exclusiva ao contexto da penitenciária, tampouco ao de outras unidades prisionais do RS. É um fenômeno também

vivenciado em outras regiões do Brasil. Como exemplo dessa calamidade, citam-se os dados obtidos através de um recente estudo sobre a saúde da população prisional feminina do estado de São Paulo. A pesquisa evidenciou uma situação alarmante, visto que das 1.013 MPL entrevistadas a maioria informou que não estudava na penitenciária (95,8%), não tinha qualquer renda (63,8%), não realizava atividade ocupacional no cárcere (88,5%) e não praticava atividade física ou lazer (70%) (AUDI *et al.*, 2016).

Em contraponto, algumas poucas investigações realizadas no Brasil indicam que as MPL que exercem alguma atividade laboral apresentam menos sintomas depressivos (CANAZARO; ARGIMON, 2010), a exemplo do que se encontrou em investigações realizadas com a população prisional masculina (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016).

Estudos internacionais evidenciaram que praticar alguma atividade física em prisão diminuiu significativamente os sintomas de depressão, estresse e ansiedade, bem como melhorou a condição física da população masculina privada de liberdade (NELSON *et al.* 2006; BUCKALOO; KRUG; NELSON, 2009; BATTAGLIA *et al.* 2013; MANNOCCI, *et al.* 2015). Em um estudo quanti-qualitativo realizado com MPL no Canadá, identificou-se que a prática de atividade física orientada contribuiu para a redução dos níveis de estresse e para a melhora da qualidade do sono. As reclusas que participaram da pesquisa relataram que esse tipo de atividade proporcionou momentos de diversão e sentimento de prazer, visto tratar-se de ação social que estimula práticas de lazer na prisão (ELWOOD *et al.*, 2013).

Infelizmente, são poucas as publicações sobre os benefícios da atividade física, desportiva ou de lazer nas prisões (MANNOCCI, *et al.* 2015), principalmente no Brasil. Isso indica que a oferta desse tipo de atividade pode estar sendo subvalorizada, sobretudo nas prisões femininas, corroborando a percepção dos profissionais da EABp. Certamente, o assunto merece pesquisa específica, pois trata-se de maneira simples, efetiva e econômica para promover saúde em ambientes prisionais (MANNOCCI, *et al.* 2015).

Todavia, é importante esclarecer que apenas a oferta dessas ações não significa que o sofrimento decorrente do confinamento deixará de existir. Como descrito anteriormente, há outros fatores que contribuem para isso. O simples fato de estar preso é um deles, visto todo o estigma e a violência associados à reclusão. Entretanto, os profissionais da EABp e os estudos consideram que o acesso a essas

atividades contribui significativamente para o bem-estar psicológico das MPL, tornando-se, por isso, um importante recurso para reduzir os danos consequentes do tempo decorrido em prisão.

Nessa direção, os profissionais consideraram que a oferta e o acesso aos bens/serviços sociais na prisão deveriam ser entendidos como um direito de cidadania. Para tanto, criar estratégias para o enfrentamento das adversidades seria requerer, sobretudo, esforço e envolvimento dos diferentes atores sociais envolvidos nessa atmosfera, entre os quais, o meio acadêmico e a sociedade. Tirar as prisões do esquecimento e dar luz às sombras constituiria uma necessidade premente. Reivindicou um dos profissionais:

E isso é uma coisa que a sociedade tem que proporcionar ao presídio, à instituição, a sociedade tem que saber, tem que se lembrar daquelas pessoas lá, que elas têm direitos. O Estado tem que fazer, tem que proporcionar para as empresas, as universidades algumas coisas para mexer com isso aí. Eu não estou falando só daqui, eu estou falando de toda a população carcerária. Tinha que ter um jeito de proporcionar benefícios para estas pessoas [...] (P4).

Esse profissional referiu a necessidade de garantir o acesso aos direitos de cidadania na prisão através da comunhão de esforços. Por um lado, esse procedimento faria surgir novos sujeitos e segmentos sociais, identidades e interesses, e por outro, forjaria uma gramática civil capaz de, a um só tempo, coletivizar e socializar reivindicações junto às PPL, institucionalizando-as no interior do Sistema.

No intuito de ampliar a corresponsabilização entre diferentes segmentos sociais, seria amplificada, também, a redução dos danos decorrentes do confinamento. Logo, seria mais viável qualificar estratégias políticas em defesa dos direitos das PPL, condição que se irradiaria para “fora” dos muros do cárcere.

Com base em todos esses dados, é possível inferir que a oferta e o acesso aos serviços sociais na penitenciária podem ser considerados, à primeira vista, como uma estratégia para se ocupar o tempo em prisão. Mas, em última análise, podem ser recursos importantes para promover a saúde e reduzir os danos decorrentes do cárcere. Na perspectiva da EABp, constituem necessidade de saúde. Trata-se de um conjunto de atividades associadas à condição de dignidade humana, de existência social, portanto carregadas de significados, como um direito de cidadania, de construção e de afirmação da identidade, meio de expressão e socialização.

Todavia, na falta dessas proposições e diante da segmentação de esforços, o que se constatou foi que a penitenciária, funcionando dessa maneira, simularia uma “máquina deteriorante” legitimada pelo Estado (ZAFFARONI, 2001, p. 135). A estada nesse ambiente seria capaz de piorar a condição de saúde das MPL, quando deveria, na verdade, protegê-las, assegurando que não saíssem dali em pior situação de saúde do que no momento de sua entrada (WHO, 2007a). Assim, na ausência de condições favoráveis para enfrentar essa realidade, o medicamento ganhou destaque pelo lugar ocupado naquele contexto.

4.1.4 Medicalização

Entre os profissionais, na ocasião, era unânime o entendimento de que a prescrição e a dispensação de medicamento psicotrópico¹⁹ em grande número constituíam fatores contribuintes ao desfavorecimento da atenção à saúde na penitenciária e um problema a ser enfrentado pela instituição. Todavia, a reflexão (efeito Paideia) sobre esse assunto pareceu adquirir relevo entre eles a partir do momento em que foi possível refletir sobre a forma reducionista e individualizadora encontrada por eles próprios para responder aos problemas de saúde da população atendida: *a medicalização*.

Então, o consumo de psicotrópicos poderia ser um analisador das práticas da EABp e/ou da penitenciária? Seria um provocador de silêncios mascarado de cuidado em saúde? A medicalização como produto do modelo biomédico reflete o saber hegemônico instaurado na saúde pública brasileira (CAMPOS, et. al, 2014). Em contextos prisionais, ela pode ser, à primeira vista, uma alternativa rápida para aliviar a dor e o sofrimento. Em contrapartida, tornou-se um problema difícil de ser administrado pela EABp, recaindo muita tensão sobre seu gerenciamento.

Trata-se de uma questão que pode ser justificada pelo lugar que o produto ocupa no cotidiano da penitenciária. Além de sua *função terapêutica*, o medicamento também seria uma droga para uso *recreacional* e uma *mercadoria* que, assim como tantas outras, faria circular a economia interna daquele ambiente.

Um *recurso terapêutico*, geralmente, esbarrava na “não adesão” (P3) ou na “adesão complicada” (P7) ao tratamento. A não adesão ao tratamento

¹⁹ Segundo a Organização Mundial de Saúde, medicações psicotrópicas são aquelas que agem no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição.

farmacológico, segundo os profissionais, era associada à intolerância, por parte das MPL, aos efeitos colaterais: boca seca, constipação e ganho de peso corporal. Uma das consequências da não adesão estaria associada ao aumento dos níveis de ansiedade que, muitas vezes, evoluía para uma situação de crise. Na falta de estrutura física e técnica para atenção à crise, a EABp recorria ao serviço de retaguarda especializada de referência: o manicômio judiciário da SUSEPE (ver próximo subtema).

Mas, então, a adesão é bem complicada. Elas não têm muita tolerância, isto é um aspecto que traz um pouco de dificuldade de pôr os planos em ação. Muitas vezes, a gente faz uma prescrição, mas elas reclamam e acabam até indo para o IPF [manicômio judiciário] em função. [...] tomam um antidepressivo que secou a boca já não querem mais tocar aquilo, porque a língua fica muito seca e não sei o quê... Se fica constipada, ah então aquele remédio ali pode riscar da... (P7)

Com vistas a enfrentar essa questão, os profissionais passaram a ofertar ações de caráter contínuo. Porém, não contemplavam a promoção da saúde, somente a adesão ao tratamento. Na sala de espera da UBSp, as MPL eram informadas sobre os efeitos do medicamento, o motivo pelo qual tinha sido prescrito, sua importância para o tratamento e, sobretudo, eram indagadas se estavam usando o fármaco. Tal procedimento levou os profissionais a se mostrarem intrigados, pois algumas MPL apresentavam dificuldades para “aderir ao tratamento” proposto. Além de não fazerem uso do medicamento, até o devolviam. Referiu:

A gente fez grupos de medicação, quando elas, as presas, recebem a medicação - de sete em sete, ou de quinze em quinze dias, né. Aí então, por exemplo, hoje é segunda e ela vem buscar a medicação dela. Daí a gente reunia cinco presas e fazia uma fala, se elas realmente estavam tomando, se elas sabiam por que estavam tomando. E a cada dia a gente se surpreendia. “Não, eu não estou tomando”. As [suprimido o núcleo profissional] mesmo faziam ali, em sala de espera mesmo. Devolviam e não levavam (P3).

Diante de todos os fatores desfavoráveis para se viver em um ambiente de confinamento, admitiram que esse tipo de prática fosse, por vezes, ineficaz e pouco realista, pois: “É que às vezes são coisas paliativas também, que a gente tem que saber que são paliativas [...] elas estão tristes porque estão aqui [na prisão] [...]” (P4). Reconheceram (*efeito Paideia*) a necessidade de ofertar “grupos de rotina” (P3), uma vez que: “A gente ainda não tem aqueles grupos para os quais eu poderia indicar, ou encaminhar, as pacientes” (P7). Referia-se o profissional, no caso, à

possibilidade de a EABp ofertar grupos terapêuticos e de redução de danos na penitenciária.

Importa destacar que para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005), os programas de redução de danos na prisão devem oferecer um conjunto contínuo de abordagens, incluindo educação e promoção da saúde, terapias individuais e grupais, desintoxicação e substituição de material (troca de utensílios usados para o consumo de drogas, como agulhas, piteiras etc.) e desinfecção das instalações. Se necessário, é preciso que haja disponibilidade de espaços para as PPL que estão em abstinência de drogas. Portanto, para propor práticas de redução de danos, os profissionais têm que conhecer as particularidades da vida na prisão, as características e o perfil epidemiológico da população atendida, a fim de adequar as ações à realidade local.

Para um dos profissionais, a oferta de ações de promoção à saúde só seria possível a partir do momento em que a equipe somasse esforços para tal, afirmando que a integração entre os profissionais da equipe seria primordial. Além disso, ampliaria a integração da EABp com o Setor Técnico da Penitenciária, conforme se constatou no excerto:

[...] acho que talvez uma integração nossa, da equipe, para planejar este tipo de coisa, como grupos [...], vários tipos de grupos, aí seria uma organização nossa, da equipe, até para eu poder estar participando de algumas, em outros casos o psicólogo [do Setor Técnico], em dependência da necessidade, né. Acho que o recurso é esse né, é o recurso humano. Não precisamos muito material para isso. Temos aqui a estrutura (P7).

Por outro lado, o que se observou foi a pouca integração entre os profissionais da EABp para pensar e planejar ações de promoção à saúde. Em um dado momento, informaram que o Setor Técnico estava estruturando um “grupo de Narcóticos Anônimos” (P1) voltado para o acompanhamento/tratamento “das dependentes químicas” (P2). Todavia, referiram que apenas dois profissionais da EABp – provenientes do quadro funcional da SUSEPE – estavam participando da proposta, em face da função de cada setor.

Não seria interessante o Psicotécnico [Setor Técnico] estar trazendo para a equipe [EABp] como que é a proposta do grupo, socializando com a equipe de saúde, sim, essa é uma metodologia de trabalho... (AM 3).

Arrecém está começando e nós vamos fazer como eu disse agora, nós vamos fazer uma parceria. Então, eu vou estar próxima, junto (P2).

É que são setores bem separados, então, quando tem uma situação assim, tem que primeiro alinhar bem, fazer, não flui tão simples assim, cada um tem a sua... (P1).

O que todos esses exemplos têm em comum é a pouca integração entre os setores e a falta de trabalho colaborativo entre os profissionais da EABp. Uma das possíveis consequências dessa fragmentação do cuidado é a medicalização da assistência, pois tal fenômeno denuncia algo mais que um processo de medicação coletiva, embora isso também pudesse ocorrer. Em determinado momento, os profissionais perceberam um aumento significativo pela demanda do psicotrópico, já considerada alta por eles.

Diante da escassa ou inexistente oferta de ações voltadas para o enfrentamento dos problemas²⁰ de saúde da população adscrita naquele território prisional, como, por exemplo, programas²¹ e projetos de promoção e prevenção (redução de danos e ações terapêuticas), de serviços sociais (educação, cultura/lazer, desporto) e principalmente ocupacionais, foi possível constatar uma situação de caos: “É gritante o número de presas que estão tomando medicação controlada depois que a empresa fechou [...] Então, hoje a gente tem mais de 50% tomando medicação e a gente trabalhava com uns 30%, 40%” (P3). Diante de todas as deficiências, instaurou-se uma crise organizacional, e a procura pelas consultas com o psiquiatra aumentou. A busca foi por soluções medicamentosas.

Esse fenômeno provocou nos profissionais um sentimento de impotência, pois as restrições institucionais afetaram a ação profissional e o sentido ético atribuído ao seu trabalho. Logo, o *medicamento se tornou um recurso paliativo* para enfrentar a dor e o sofrimento decorrentes dos problemas organizacionais da penitenciária, contribuindo para a reprodução de uma clínica de curto alcance (MEDEIROS, 2015), medicalizante e densamente fragmentada, conforme expresso no excerto:

²⁰ O problema traduz aquela diferença entre o “é” e o “deve ser”. Por isso, diz também que ele é sempre autorreferenciado, pois ele será problema dependendo do ator social que explica a realidade. Portanto, a concepção de saúde é fundamental para a problematização nesta área. Outra questão fundamental é o conhecimento do território nas suas singularidades (MENDES, 2015).

²¹ O enfoque por programa deve partir sempre de problemas definidos e explicados da mesma forma para todos, segmentando a realidade, que deve ser pensada de forma interdisciplinar. Seguindo este raciocínio, pode-se afirmar que o enfoque por problemas parte de um território, onde atores autorreferidos ideologicamente encontram e explicam problemas que serão enfrentados através de práticas sanitárias norteadas pela concepção de saúde da equipe e construídas de forma coordenada e integrada (MENDES, 2015).

É muito horrível, sabe? Tu fazer pedido de medicação, não tem farmacêutico, daí a [suprimido o núcleo profissional] fazer pedido de medicação e tu pedir 6 mil comprimidos de Diazepam para 100 presas. E falta, sabe? Para mim isso é horrível, eu me sinto muito mal. [...] Eu me sinto um pouco, enquanto profissional, me sinto um pouco impotente, né. Porque, assim, tu aconselha e tu faz a escuta... Por mais que eu me envolva, mas vai além da minha área, né [do Setor Saúde] [...] só que você não tem outra coisa para fornecer a elas. Tu não tem um trabalho para elas, não tem vagas né [...] mas hoje, atualmente, no estado em que a gente se encontra, não tem outra coisa para ofertar (P3).

Importa salientar que, na UBSp, existia uma farmácia básica, de acordo com a complexidade do serviço de saúde local (atenção primária), e o rol de medicamentos nela disponibilizado seguia as diretrizes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Em face disso, a compra dos medicamentos era realizada com recurso federal, e o seu abastecimento seguia o mesmo fluxo das unidades de saúde da rede SUS do município. Em contraste, o serviço não contava, na ocasião da pesquisa, com a presença de um farmacêutico (quadro funcional da SUSEPE) e, por vezes, não tinha um abastecimento adequado de medicamentos, considerando a demanda da população. Ressalta-se que, na falta desse insumo, a Divisão de Saúde²² do DTP/SUSEPE é o serviço responsável tanto pela compra como pelo reabastecimento, o qual, como observado no excerto, apresentava algumas lacunas (falta de farmacêutico e de reabastecimento).

Pelo exposto até aqui, percebe-se que o fenômeno da medicalização se mostra fortemente correlacionado aos problemas organizacionais-culturais da prisão (fragilidade de gestão, pouca integração e responsabilização entre as equipes setoriais para ofertar e compartilhar ações), mas também às questões estruturais e político-gerenciais (falta de recursos humanos e insumos para melhor atender à demanda, além de pouca integração de órgãos gestores da Saúde e Penitenciário).

Na perspectiva dos profissionais da área, esse conjunto de fatores desfavoráveis trouxe graves consequências para a saúde das MPL. O uso de psicotrópicos passou a funcionar como um recurso de sobrevivência objetivado por suas múltiplas funções. Tornou-se um dos principais *recursos terapêuticos* ofertados pela EABp, mas, no interior das galerias, transformou-se em um *recurso “recreacional”* (P7), *uma droga* que possibilitava “passar o dia descansando,

²² Responsável pelo planejamento e coordenação de todas as atividades de acompanhamento e tratamento referentes à saúde prisional de sentenciados com penas privativas de liberdade, e pelas medidas de segurança, em unidades prisionais e manicômio judiciário, com vistas à ressocialização.

relaxando, ou dormindo, né, sem que esteja realmente doente“ (P7). Na perspectiva de outro profissional, tratava-se de um recurso capaz de, simbolicamente, acelerar o tempo perdido na prisão: “[...] elas acham que tomando a medicação e apagando, deu, vai passar mais rápido o tempo aqui dentro, né (P3)”. Além disso, passou a funcionar como *recurso monetário*, ou seja, uma “moeda de troca” (P1) que poderia “se negociar na galeria” (P7).

Diante de todas as carências, da escassez e das deficiências em se trabalhar e viver naquele território prisional, o fármaco tornou-se um dos poucos recursos para supri-las. De fato, a pouca atividade ou estimulação mental produzia um impacto negativo na saúde das MPL, bem como na administração do cotidiano prisional. A rotina estava estruturada em um *ciclo de estresse* densamente compartilhado e retroalimentado entre os funcionários da prisão e as reclusas.

Seguindo essa linha de raciocínio, um profissional reiterou que: “Toda e qualquer atividade que quebre a rotina delas diminui a ansiedade e muitas vezes repercute na prescrição medicamentosa. Diminui o uso da medicação, né (P7)”. De imediato, foi possível perceber a associação entre a perda da atividade ocupacional e o aumento do uso de medicamento controlado. Ficou notório também que a garantia do acesso a alguma atividade (serviços sociais e práticas terapêuticas) poderia contribuir para a diminuição do uso de psicotrópicos.

Como já referido no subtema anterior, estudos recentes evidenciaram que o trabalho protege as MPL dos sintomas depressivos (CONSTANTINO *et al.* 2016) e do estresse (CANAZARO; ARGIMON, 2010), assim como a prática de atividade física contribui para a redução dos níveis de estresse e aumenta a qualidade do sono (ELWOOD *et al.*, 2013). A oferta de programas/projetos de promoção da saúde e de redução de danos contribuiria igualmente, especialmente com aquelas que apresentam problemas de saúde decorrentes do uso abusivo de drogas (WHO, 2005; MICHEL, 2016).

É possível inferir que praticar alguma atividade física e ocupacional na prisão funcionaria como fator protetor para a depressão, a ansiedade e o estresse; a oferta de grupos terapêuticos favoreceria a promoção da saúde; e um tratamento farmacológico mais complexo, agregado a atividades terapêuticas, poderia contribuir, significativamente, para a redução dos danos decorrentes do confinamento naquele local. Em contraponto, a não associação entre essas atividades ou o não acesso a elas aumentaria ainda mais a vulnerabilidade das MPL

e o risco de exacerbação do sofrimento mental. Conseqüentemente, aumentaria a probabilidade de prescrição e de uso de psicotr3picos, como argumentou um dos profissionais. Todavia, s3o necess3rios maiores estudos sobre a correla33o entre esses fatores (menos medicamentos e mais servi3os sociais/terap3uticos), visto que o f3rmaco assume m3ltiplas fun33es naquela unidade prisional.

Diante disso, 3 muito prov3vel que a maior parte dos gastos com recursos terap3uticos na penitenci3ria fossem destinados, sobretudo, para compra de medicamento psicotr3pico, em detrimento do financiamento e oferta de programas e servi3os capazes de reduzir os problemas de sa3de disseminados naquele territ3rio prisional.

A t3tulo de conhecimento e socializa33o de algumas possibilidades vi3veis para promover sa3de nas pris3es, citam-se as a33es que relacionam mente-corpo. Por exemplo, atividades f3sicas, pr3ticas integrativas e complementares (PICS) e a Academia da Sa3de,²³ as quais s3o efetivas para pessoas com sofrimento difuso e transtornos depressivo-ansiosos, incluindo-se a3 exerc3cios, caminhadas, yoga, *tai-chi chuan* e relaxamento. Entre as PICS, pr3ticas *mindfulness* (medita33o da aten33o plena) v3m alcan3ando resultados favor3veis ao bem-estar psicol3gico de PPL nas pris3es internacionais (AUTY; COPE; LIEBLING, 2017) e come3am a ser implementadas no Brasil na APS tradicional (DEMARZO *et al.*, 2014). Al3m dessas possibilidades, tamb3m podem ser implementados Grupos de Gest3o Aut3noma da Medica33o em sa3de mental (JORGE *et al.*, 2012; ONOCKO CAMPOS *et al.*, 2014) para outras condi33es cr3nicas (KOPITTKKE *et al.*, 2017) e de redu33o de danos (WHO, 2005; MICHEL, 2016).

Se analisados pela l3gica do financiamento do SUS e das recentes evid3ncias cient3ficas (WHO, 2005; MICHEL, 2016; FAZEL *et al.* 2016; AUTY; COPE; LIEBLING, 2017), os grupos terap3uticos, as atividades f3sicas e de lazer deveriam ser amplamente fomentados nas institui33es de priva33o de liberdade brasileiras. Na penitenci3ria, poderiam ser ofertados juntamente com a proposta terap3utica farmacol3gica, obtendo, certamente, mais efic3cia na redu33o dos danos provocados pelo c3rcere, bem como dos custos ao SUS, e beneficiando diretamente as MPL e a sociedade como um todo.

²³ Programa do Minist3rio da Sa3de, Portarias n3 719/2011 e 2.681/2013.

A partir desses dados, foi possível evidenciar dois aspectos importantes sobre a relação entre o fenômeno da medicalização e o processo de trabalho da EABp. Os profissionais reconheciam que a medicalização era um problema de saúde e estava associado às precárias condições socioambientais de viver naquele local; reconheciam também que, através do uso indiscriminado de medicamentos, a população atendida verbalizava o direito de ter outros direitos (bens sociais). Entretanto, o cuidado ofertado destinava-se apenas a debelar os sintomas, e não a enfrentar o problema, apontando para a falta de planejamento e cooperação entre os profissionais da EABp e a pouca integração com os demais setores da prisão (fator Epistemológico e Cultura-Prisional).

Em vista disso, produzia-se certa neutralização do processo de trabalho, pois a EABp respondia unicamente aos sintomas expressos na demanda (medicamento), reduzindo as necessidades de saúde das MPL a puro objeto de competência profissional. Paradoxalmente, as ações focalistas de adesão ao tratamento minimizavam as possibilidades do cuidado, justamente no momento em que os profissionais tentavam protegê-lo. O que se constatou foi que a não adesão ao tratamento medicamentoso significava a não adesão ao tratamento em saúde. Logo, *a resolubilidade do cuidado era remetida somente ao uso dos medicamentos*.

Finalmente, a medicalização da assistência é uma consequência (síntese resultante) dos fatores estruturais e político-gerenciais mais amplos, retroalimentados pela dinâmica de poder (cultural e epistemológico) estabelecida entre os atores sociais daquele território prisional. Dessa maneira, o *medicamento tornou-se um recurso paliativo* para reduzir as dores e os sofrimentos decorrentes do confinamento, os quais poderiam ser prevenidos e até mesmo evitados.

4.1.5 Barreiras para inclusão das reclusas na RAS

Outro aspecto evidenciado se refere às barreiras encontradas pela EABp no que tange à inclusão das mulheres privadas de liberdade nos serviços da rede SUS. Diante disso, o presente subtema demonstra como a racionalidade burocrática do SUS é consequência de fatores políticos e de gestão, que associados contribuem para a omissão, negligência e desresponsabilização pela atenção à saúde da população prisional.

De acordo com as pactuações realizadas entre a SES/RS, o DTP/SUSEPE e a Secretaria Municipal de Saúde, é oficialmente garantido às MPL da penitenciária o acesso (além dos cuidados primários) à assistência hospitalar e ambulatorial de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico na rede SUS local e regional.

São três os hospitais gerais de referência para a realização desses serviços: o Hospital Vila Nova (clínica médica e dependência química/desintoxicação); o Hospital Nossa Senhora da Conceição (alta complexidade) e o Hospital Presidente Vargas (gravidez de alto risco e parto). Em contraponto, tanto a regulação e o gerenciamento de leitos como a logística para viabilizar o transporte (acesso) das MPL à unidade hospitalar estão sob a gestão do DTP/SUSEPE (RIO GRANDE DO SUL, 2011), exceto em hospitais federais vinculados ao Grupo Hospitalar Conceição.

Com essa iniciativa, o estado do RS garante, oficialmente, o fluxo assistencial e o atendimento das MPL no âmbito especializado e de atenção a urgências e emergências da rede SUS municipal e regional, visto que a UBSp (como qualquer outro serviço de APS) não tem estrutura física e densidade tecnológica para exercer tal cuidado. No entanto, os profissionais da EABp referiram uma lacuna entre o que é normatizado e o que realmente é possível ser acessado. Constatou-se que a inclusão das MPL nos serviços de Atenção Secundária e Terciária da rede SUS municipal ocorria de maneira *burocratizada e parcial*. A dificuldade encontrada referia-se às especialidades médicas e odontológicas, tanto para consultas quanto para internamento.

Quanto às consultas, o problema consistia na disponibilidade de atendimento pelo sistema municipal. Ocorrendo por meio de agendamento e espera, restava agravado pelo fato de necessitar apoio do Setor da Segurança (escolta, em especial), por vezes, sem efetivo disponível para realizar o transporte até a unidade hospitalar. Essa condição levava os profissionais a refazerem o esforço, obrigando a nova espera. Com efeito, *aumentava o desgaste da equipe* e, obviamente, a indignação da população a ser atendida.

Porque quantas vezes [...] ficávamos batendo biela atrás de ortopedista, Cristo [refere-se ao Hospital Cristo Redentor], e liga para o diretor para tentar, sabe, encaixar, mas: “eu não vou atender...” [...] A gente fica o tempo todo tentando aqui, tentando ali, né. Daí atende um lá, mas e os outros? Os outros não! É que nem tudo, o Vila Nova [refere-se ao Hospital] vai ter especialidade para fazer o atendimento (P1).

Diante disso, as ações que requeriam maior nível de articulação entre a EABp e os serviços de saúde do município (consultas e exames) eram priorizadas para as mulheres que permaneceriam mais tempo na penitenciária. Isso se justificava pelo fato de algumas estarem de “passagem na prisão” (P4) e, ao sair, não terem possibilidade de acesso ao atendimento pré-agendado, visto muitas residirem no interior do RS.

A espera gerava a descontinuidade do cuidado. Logo, o acesso burocratizado permitia ao atendimento da EABp orientar-se também pela *situação jurídica/penal* da população atendida. Reiterou um dos profissionais:

Bom, em primeiro lugar a gente tem que saber, tipo, quanto tempo ela vai ficar aqui. Tu não vai pegar e te mobilizar tanto por uma pessoa que ela está de passagem aqui. A gente às vezes pergunta: “quanto tempo tu vai ficar aqui? Ai, eu vou ficar cinco anos aqui”. Daí tu tem que ver a pessoa de um jeito diferente. “Não, eu entrei, mas eu já estou saindo”. Tu vai ver se essa informação é verídica [junto ao Setor Jurídico da penitenciária] ou não, para ver os recursos da rede [de saúde] e do local [da penitenciária]. Tu não vai te mobilizar tanto, mobilizar tanta gente, se depois consegue marcar [consulta e exame], fazer, fazer, fazer, daí ela vai embora. [...] o juiz manda ela embora, a gente nem fica sabendo e ela sai daqui sem as consulta que tu marcou para ela, tirando a vaga de outra que está precisando. Então, uma das coisas é saber que tipo de... qual é a situação jurídica dela. A situação da pena dela; para ter uma orientação no atendimento (P4).

Assim, se por um lado havia barreiras para garantir o acesso às consultas especializadas, por outro, evidenciava-se um *vazio assistencial no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. De acordo com os profissionais, as MPL não acessavam a RAPS local ou regional. Lembraram que o único serviço de referência era o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso²⁴ (IPFMC), um estabelecimento médico-penal da rede penitenciária do RS vinculado à SUSEPE.

Importa salientar que não existem pactuações oficiais (SES/RS, municípios e DTP/SUSEPE) que incluam a população prisional do RS nos serviços da RAPS. Diante disso, caberia aos profissionais das EABp articular o fluxo assistencial diretamente com os serviços de saúde da rede. Em contraponto, os participantes da pesquisa afirmaram ter realizado, por diversas vezes, o contato com os serviços do

²⁴ O Instituto tem como função a internação e a reabilitação de infratores doentes mentais submetidos à medida de segurança detentiva (internamento em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico) e de sentenciados que foram acometidos de doença mental. O Instituto tem ainda o objetivo de realizar, durante o processo judicial, exames e perícias para verificação de responsabilidade e de periculosidade do possível infrator doente mental (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Distrito Sanitário onde a penitenciária estava sediada, mas a justificativa para o não atendimento recaía na necessidade de realização de escolta.

Um profissional referiu que havia o “despreparo da rede para atender paciente psiquiátrico [do Sistema Prisional]” (P1). Tal despreparo pode ser ponderado a partir de dois ângulos. Primeiramente, pela necessidade de adaptar o serviço/atendimento “extramuros” às necessidades da Segurança (algemas, vigilância, armamento de fogo e outros), as quais são estranhas e alheias à realidade da maioria dos serviços e dos profissionais de saúde. E também pela negligência da rede SUS municipal em assegurar que a APS prisional seja reconhecida como um ponto estratégico da RAS e, verdadeiramente, assuma a coordenação do cuidado em rede.

Em termos teóricos é possível identificar uma ampla gama de definições para coordenação do cuidado no âmbito da APS (MCDONALD, 2014), mas aqui foi adotado o seguinte conceito:

[...] um processo que visa integrar ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção, em que distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos (ALELUIA *et al.*, 2017).

Pelo exposto, o sentido atribuído à coordenação do cuidado exprime a ideia de “*anything that bridges gaps*” (preencher lacunas ou vazios assistenciais). Logo, coordenar significa estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados, com elevado valor e qualidade. O ato de coordenar implica a organização deliberada de atividades que envolvem duas ou mais pessoas (incluindo o usuário do serviço/sistema de saúde) e o manejo de recursos de modo a produzir uma oferta adequada do cuidado necessário (McDONALD *et al.*, 2014).

A coordenação do cuidado enquanto atributo da APS, no momento da pesquisa, era objetivada mais como uma prática discursiva associada aos parâmetros normativos do que como uma verdadeira orientação para o trabalho da EABp. Parecia, por isso, haver um abismo entre o modelo de atenção preconizado nos atos normativos 4e o possível de ser ofertado, dentro da penitenciária ou fora dela. Desse modo, foi possível compreender o motivo pelo qual os trabalhadores da EABp afirmaram que “essa lei [Reforma Psiquiátrica], para nós, não serve. A gente

está no século passado” (P5) e que a atenção à saúde na prisão pode ganhar *status* de cuidados paliativos “[...] que a gente tem que saber que são paliativos [...]” (P4).

Esses dados evidenciam as dificuldades em garantir atenção secundária especializada, e principalmente terciária, no âmbito da Saúde Mental, pois os mecanismos de integração existentes não seriam suficientes para assegurar um sistema de referência em pleno funcionamento. Isso leva a inferir que a EABp tem uma média integração com os serviços da RAS municipal, supondo a necessidade de investimento para fortalecer esse serviço. A questão transforma-se, portanto, em um desafio significativo para a integração da APS prisional com a Saúde Mental, bem como para o alcance dos princípios da Reforma Psiquiátrica no âmbito do Sistema Prisional gaúcho.

Por mais que, hoje, a normativa é tu encaminhar para o CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] e não mais para o IPF, é isso que deveria prevalecer. Faz mais de dez anos, tu não tem suporte para poder encaminhar ela (P3).

Se ela precisar de uma internação, tu não tem como fazer escolta num hospital, na urgência psiquiátrica. Às vezes, o hospital nem quer escolta. E tem que ter escolta. A rede ainda não está preparada para atender paciente psiquiátrico do sistema [prisional]. Então, a gente continua ainda recorrendo ao IPF, que lá ela vai e fica porque é a SUSEPE. (P2).

Naturalmente, para o processo de planejamento e implementação de linhas de cuidado numa dada região, é essencial o conhecimento da realidade específica local, condição igualmente necessária para a oferta racional de serviços de saúde a uma população específica, como a privada de liberdade no Sistema Prisional. Conhecer o perfil epidemiológico dessa população, monitorar as condições de saúde e avaliar as ações ofertadas pelos serviços que se destinam a atendê-la é imprescindível, visto a necessidade de qualificar os fluxos assistenciais e assegurar a responsabilização e resolutividade da assistência.

A falta desses instrumentos de gestão em saúde veio a reforçar a desresponsabilização dos serviços assistenciais da rede e, conseqüentemente, as iniquidades. Constatou-se que a desresponsabilização da rede municipal produzia, no período pesquisado, uma grave violação do direito constitucional à saúde. As mulheres gestantes com quadro agudo de sofrimento psíquico, decorrente de uso, abuso e intoxicação por substâncias psicoativas, não conseguiam acessar os serviços de emergência psiquiátrica. Tratava-se de uma violência, pois estava

associada à negligência e à omissão por parte do poder público, como se observa no excerto:

Nós tivemos três casos, por exemplo, de mães gestantes com problema psiquiátrico e nós não tínhamos o que fazer. Ela precisando, já não estava resolvendo o atendimento de ambulatório que estava oferecendo para ela e ela já tinha uma internação [psiquiátrica]. Onde levar ela, entende? O IPF não aceita gestante [...]. O hospital, o HPV, não aceitava porque tinha que ter escolta lá dentro, os psiquiatras, eles não aceitam [...]. E nós ficamos num bico de sinuca, e nós abraçamos ela da melhor maneira possível, sem internação, entende? Mas precisando de uma internação. Então, a [suprimido o nome da profissional de saúde], sabe, separou, botou em observação, fez todo um mexe... Então, nós não temos esse suporte. Nós não temos. E a gente tem uma realidade aqui que são gestantes, mães drogaditas, né, que precisam de internação para desintoxicar, daí a gente não consegue. O ambulatório, às vezes, não resolve muito, né... E tu não tem aonde encaminhar. Vila Nova não tem obstetrícia, tem um programa lá de dependência química, mas não tem obstetrícia. Se der alguma..., e o HPV não aceita (P1).

A par dessa realidade, constatou-se que os profissionais da EABp podiam ser pressionados, por variadas fontes, a dar respostas para além das competências técnicas e legais, o que os colocava em situações dilemáticas diante dos princípios éticos profissionais e do compromisso de prover cuidado para amenizar sofrimentos. Por esse motivo, a atuação da EABp oscilava entre o cuidado necessário e o possível, recaindo, muitas vezes, na “resolutividade forçada” (BARSAGLINI; KEHRIG; ARRUDA, 2015, p. 1128).

Para os profissionais, tratava-se de um problema de gestão e vontade política. Um deles, inclusive, referiu que havia pouca integração da coordenação da Área Técnica da Saúde Prisional do Município com a EABp, sendo necessário, por vezes, recorrer ao nível de gestão estadual para garantir recursos básicos à manutenção do serviço.

A gente fala nas nossas reuniões [da EABp] muitas coisas que a gente gostaria, a prefeitura não consegue fornecer, a gente tem que pedir para o Estado [SES/RS], só que a gente é uma unidade básica, a princípio, prisional, da prefeitura, mas se tu precisar de alguma situação específica, tu tem que ir para o Estado. Então, qual é o papel da prefeitura? Pagar nossa folha? Que que ela [Área Técnica da Saúde Prisional do Município] faz para nos ajudar? Quantas vezes veio a coordenadora aqui? [...] pela Prefeitura, o nosso retorno é lento (P5).

Finalmente, as evidências qualitativas apontaram que, apesar de a APS prisional já ser considerada, em termos normativos, a principal porta de entrada da população prisional no sistema de saúde do RS, ainda precisa ser organizada para

tornar-se ordenadora no acesso à rede. Também a atenção especializada carece de ser qualificada no que se refere ao modelo de cuidado em rede, avançando na ampliação e otimização da oferta de serviços mais equitativos e integrais, estimulando a integração na gestão de fluxos com a APS prisional, a comunicação, a informação e a regulação compartilhada entre Gestão da Saúde (municipal e estadual) e Gestão Penitenciária.

Sem essa prerrogativa de gestão, corre-se o risco de limitar a proposta precursora e inovadora da Secretaria do Estado da Saúde do RS à fase inicial de elaboração de normas, sem que se garantam as condições para que possam ser cumpridas: ou por não dispor dos recursos necessários ou, principalmente, por não contar com a adesão e o compromisso dos que deveriam cumpri-las.

4.1.5 Barreiras para inclusão das egressas na RAS

Além das barreiras para garantir o acesso das reclusas na rede SUS do município, constatou-se que a EABp também apresentava *dificuldades para* coordenar o cuidado no momento de transição da mulher egressa do Sistema Prisional para os serviços de saúde de referência distrital e comunitária.

Na perspectiva de um dos profissionais, esse problema estaria associado, novamente, à burocracia para acessar os serviços primários territoriais, dificultando a articulação entre tais serviços e a EABp:

[...] a única forma de acesso é por fichas distribuídas. Tem que ir lá de manhã, pegar uma ficha e agendar [...] existe um intervalo muito grande entre ela sair e conseguir ter essa entrada na Unidade [ESF ou UBS], é um intervalo grande. Aí nesse meio já se perde várias coisas (P2).

A dificuldade de acesso é um elemento importante, pois constitui um obstáculo à integralidade da atenção, mas, por trás dessa prerrogativa, percebeu-se, quando da pesquisa, a insuficiência de mecanismos de diálogo e comunicação dos profissionais da EABp com os demais serviços da rede. Nesse caso, a dificuldade em coordenar o cuidado para fora dos muros da penitenciária vinha esbarrando, sobretudo, no desconhecimento de tecnologias de microgestão da clínica (MENDES, 2015) e, conseqüentemente, na não utilização de tecnologias que poderiam contribuir com essa comunicação e integração.

Instrumentos como Gestão de Caso e Projeto Terapêutico Singular, ou até mesmo o acionamento de serviços de apoio matricial, poderiam colaborar com o processo de transição da APS da prisão para os serviços de saúde do território de proveniência da egressa, porém ainda não fazia parte da prática daquela equipe. Esse dado aponta, novamente, para a falta de planejamento do processo de trabalho, inviabilizando a coordenação do cuidado e a maior probabilidade da descontinuidade do tratamento fora da prisão.

Embora a elaboração de planos de cuidado não fizesse parte do trabalho da EABp, havia uma organização para que o tratamento das mulheres diagnosticadas com HIV/Aids fosse continuado nos serviços especializados da RAS. Antes de saírem da prisão, passavam por uma consulta médica na UBSp. As consultas com especialistas (infectologista) eram pré-agendadas. As mulheres eram orientadas a continuar o tratamento e recebiam cópia dos documentos do prontuário de saúde, enquanto os medicamentos (antirretrovirais) também eram fornecidos por um período suficiente até que a consulta especializada ocorresse:

Normalmente, a gente avisa: ó, se caso você [MPL] for embora [da prisão] depois das 17h, no outro dia pede para o teu familiar vir aqui. A gente dá xerox de todos os teus encaminhamentos, exames, e se tu for até as 17h, bate aqui que a gente te dá. A gente dá essa orientação a semana inteira. E elas realmente vêm, se não vem ela, vem o familiar, é súper tranquilo (P3).

[...] quando é um HIV, né, por exemplo, já sai com uma medicação com o tempo adequado para ela poder se manter até ela se introduzir sozinha. Algumas pessoas têm recurso e algumas não têm recurso (P1).

Esses excertos evidenciam um trabalho importante e necessário, porém insuficiente, pois focalista. De tal maneira, legitima-se a ideia de que a responsabilidade pela continuação do tratamento é, única e exclusivamente, da usuária, não importando se ela possui (ou não) recursos para tal (passagem de ônibus, condições físicas e psíquicas, acompanhante/família etc.). Essa situação tornou-se ainda mais grave ao constatar-se que as mulheres com diagnóstico psiquiátrico saíam do Sistema Prisional sem encaminhamento ou pré-agendamento de consulta em serviços especializados da RAPS. Também saíam sem a prescrição de psicotrópicos. Importa lembrar que, na ocasião da pesquisa, os profissionais estimavam que 50% das MPL apresentavam alguma morbidade psiquiátrica e realizavam tratamento farmacológico.

Durante as reuniões de matriciamento, os profissionais constataram (*efeito Paideia*) que consequências negativas estão associadas à inexistência de um plano de cuidado para o processo de saída do cárcere: a usuária pode ficar sem medicamento até conseguir acessar o serviço de referência territorial; pode ter “recaída” (P9) ou fazer uso abusivo de drogas; e, não menos importante, reincidir e sofrer novo processo de reencarceramento, estimulando o fenômeno de “porta giratória” nas prisões (FRAZIER *et al*, 2015). Identificam-se tais situações no subsequente conjunto de excertos:

A [suprimido o nome da MPL] é um caso que retornou agora [reincidência]. Ela contou que ela saiu [da prisão] e voltou e aí ela disse que não teve acompanhamento nenhum na rede. Nem na assistência [social] e nem saúde (P9).

Estava ouvindo vocês falarem, acho que seria interessante as pacientes que estão sob tratamento psiquiátrico saíssem daqui com o encaminhamento para o CAPS, como a gente faz em internação. Ali no [suprimido o nome do estabelecimento de saúde], a gente tem internação com acompanhamento. O paciente, acabou o tempo de internação, já sai com o encaminhamento social, ou da psicologia, para o CAPS, para seguir o tratamento. Seria interessante (P7).

[...] essas que são dependentes químicas, por exemplo, acho que elas deveriam passar por uma consulta com um psiquiatra antes de sair [da prisão], para já sair com a receita [prescrição médica], porque, para não ter período sem tratamento. E daí já facilita a recaída, né (P9).

Um estudo internacional considerou que a transição do atendimento nos serviços de APS da prisão para os serviços territoriais é realizada de maneira insuficiente, inadequada ou inexistente (BINSWANGER *et al.*, 2011). Há indícios de que a falta de organização dos serviços de APS da prisão permite que tanto o planejamento como a realização da gestão de casos complexos sejam subvalorizados no processo de livramento, dificultando o acesso dos egressos aos serviços de Atenção Primária e Secundária da comunidade. Além disso, estes são frequentemente liberados com uma oferta muito limitada de medicamentos (BINSWANGER *et al.*, 2011; KINNER *et al.*, 2016; LEUTWYLER; HUBBARD; ZAHND, 2017). Tais dados coincidem com as evidências qualitativas desta dissertação.

A descoordenação do cuidado aumenta a vulnerabilidade e os riscos de não continuidade do tratamento, bem como o agravamento das condições de saúde da população egressa. Consequentemente, aumentam as probabilidades de suicídio,

hospitalização e reencarceramento (LEUTWYLER; HUBBARD; ZAHND, 2017), as quais poderiam ser minimizadas ou até mesmo evitadas.

Outros estudos recentemente publicados evidenciaram que o primeiro mês de pós-reclusão (LARNEY, *et al.*, 2015) eleva o risco de mortes por causas externas como suicídio, overdose ou intoxicação por drogas e homicídio. Essa probabilidade aumenta quando se trata de pessoas com problemas de saúde decorrentes do uso de substâncias (LARNEY, *et al.*, 2015; CHANG, *et al.*, 2015); com histórico prévio de reencarceramento (LARNEY, *et al.*, 2015); com baixa rede de apoio (familiar, de serviços públicos e comunitários) (CHANG, *et al.*, 2015) e quando se trata de gestantes ou em situação de pós-parto (ZLODRE; FAZEL, 2012).

Esses dados indicam que a experiência de reclusão é um fator mortificante, podendo ser acentuada pela falta de coordenação do cuidado e implementação de ferramentas para realizar Gestão de Caso, em especial para os egressos com condições complexas de saúde (alto risco e vulneráveis) (CHANG, *et al.*, 2015; LEUTWYLER; HUBBARD; ZAHND, 2017). A literatura nacional especializada em APS reitera que a Gestão de Caso é um dos componentes da gestão da clínica.²⁵ É considerada como o instrumento mais adequado para os profissionais e usuários dos serviços de cuidados primários, pois mantém o foco no acompanhamento de condições crônicas complexas que necessitam de um planejamento ampliado (MENDES, 2015), ou seja, colaborativo (trabalho em equipe) e integrado (com os demais serviços da rede).

Em contraste, constatou-se que a EABp não ofertava um plano de cuidado durante o período de encarceramento e tampouco no processo de desinstitucionalização do Sistema Prisional. Se dentro da penitenciária as possibilidades para realização dessa proposta esbarravam na falta de comunicação e organização entre os profissionais da EABp e demais setores, fora dela esbarrava tanto na burocracia para o acesso à saúde como na pouca participação dos órgãos gestores.

Essa lacuna assistencial acaba por trazer consequências negativas para a saúde das presas e egressas do Sistema Prisional, condição que se irradia para as

²⁵ A gestão da clínica pode ser conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (MENDES, 2015, p. 155).

famílias e para a comunidade como um todo. Tais dados reforçam a necessidade da implementação de programas para treinamento adequado (BINSWANGER *et al.*, 2011; KINNER *et al.*, 2016; LEUTWYLER; HUBBARD; ZAHND, 2017) e de educação permanente aos profissionais da EABp (BRASIL, 2014a).

Além disso, é crucial o oferecimento de serviços ou programas de Porta de Saída, ou seja, que auxiliem as EABp no processo de transição da APS prisional para os serviços da RAS de referência comunitária. A implementação de planos de cuidado – seja por Gestão de Caso, seja por PTS – é fundamental, pois esses instrumentos favorecem o acompanhamento e o fortalecimento da rede de apoio dessa população, especialmente dos indivíduos que apresentam condições complexas de saúde (BINSWANGER *et al.*, 2011; KINNER *et al.*, 2016; LEUTWYLER; HUBBARD; ZAHND, 2017).

Invariavelmente, há necessidade de esforço mútuo entre os profissionais da saúde, da Administração Penitenciária, da Gestão da Saúde e da Justiça Criminal. Do contrário, corre-se o risco de reproduzir práticas voltadas unicamente para o desencarceramento (liberação do Sistema), e não para a desinstitucionalização. Em face disso, a desinstitucionalização deve se tornar uma premissa para o trabalho em saúde no Sistema Prisional. Trata-se de uma luta em defesa da vida, pela garantia dos direitos humanos (AMARANTE, 1996; ROTELLI *et al.*, 2001; HIRDES, 2009) e pela dignidade das pessoas que estão ou estiveram subordinadas a esse Sistema.

Assim como é para os que lutam pela Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização no âmbito do Sistema Prisional deve ser mais do que deslocar a atenção para a comunidade, o distrito e o território (HIRDES, 2009). Trata-se da desconstrução cotidiana e estratégica da alteridade postulada no ambiente carcerário. Trata-se do resgate de uma ética radical orientada pelos pressupostos dos Direitos Humanos.

Diante do exposto, constatou-se que as dificuldades encontradas para a inserção e referenciamento das egressas nos serviços de saúde e socioassistenciais, contribui – em alguma medida - para a descontinuidade do tratamento em saúde e para o fenômeno de “porta giratória”, visto a prevalência do reencarceramento e da falta de acompanhamento da população egressa pelas políticas sociais públicas e comunitárias. Esta previsão está associada a fatores de macrogestão da clínica como a racionalidade burocrática do SUS (barreiras para o acesso aos serviços de cuidados primários); e de microgestão da clínica como a

pouca comunicação e articulação da EABp com os demais serviços da rede SUS, favorecendo a descoordenação do cuidado e a desresponsabilização entre os serviços; a pouca integração entre EABp e o Setor Técnico da penitenciária, com vistas a implementação de fluxos conjuntos e planos de cuidado integrados; e não menos importante o desconhecimento de tecnológicas de microgestão com a implementação da Gestão de caso e PTS, com vistas a produção do cuidado compartilhado e integrado.

4.1.6 Danos à saúde do trabalhador

Diante desse cenário, os profissionais, no período da pesquisa, conviviam com sentimentos e percepções, por vezes, ambivalentes. Por um lado, havia a satisfação laboral com o que esse trabalho representa socialmente e com a possibilidade de poder amenizar/aliviar as dores e o sofrimento da população atendida. Por outro, havia a insatisfação diante do cuidado necessário e do possível a ser ofertado.

A diversidade de tarefas tem uma relação significativa com a satisfação no trabalho. Quanto maior o número de estímulos novos, mais estressante a situação. Por outro lado, a pouca variedade das tarefas pode estar associada à ansiedade e à depressão, e o trabalho rotineiro e contínuo torna o trabalhador estagnado (CAMELO; ANGERAMI, 2008). O esgotamento e a exaustão física e emocional foram constados no discurso dos profissionais:

[...] a gente convivendo com elas [as presas] aqui dentro também desestabiliza a nossa estrutura emocional, e a gente quer fazer, e a gente vê problemas no fazer, dificuldades de profissionais, de número de profissionais para fazer esse trabalho, de interesse também, de tempo... isso gera, sim, uma insatisfação muito grande, né (P3).

[...] por estar só aqui, só aqui e só aqui, a gente também esgota. A gente vai em casa, descansa, e no outro dia a gente está aqui de novo. Mas assim, tem algumas pacientes que eu deixo para atender mais para o final do dia porque, se eu atender de manhã, o meu dia acabou, né. Não é só a demanda dela como um todo, e vêm muitas situações da rua, da galeria, dos outros setores, não vem só ela, né (P1).

Porque, assim, a gente está sempre atendendo, atendendo, atendendo, mas hoje não tem nenhum, nenhum profissional que me escute e que me cuide. E eu acho que, assim, o que eu vejo e o que às vezes desmotiva... mas daí, vamos lá, erguer a cabeça e tocar em frente de novo, é isso né!? [...] Precisa de algo para cuidar dos profissionais, né!? Do cuidador na área da saúde, segurança, acho que o geral (P6).

Os dados revelaram ainda que, muito embora eles buscassem estratégias individuais para enfrentar o desgaste causado pelo ambiente e a rotina de trabalho, há de se reconhecer a necessidade de uma responsabilidade institucional maior sobre a saúde desses trabalhadores, investimento considerado como “bastante deficitário” (P6), em face da inexistência de ações voltadas à saúde do trabalhador na penitenciária. Importa salientar que, para exercer um trabalho de qualidade, é necessário que haja, entre outros elementos, saúde a quem exerce o ofício e sentido no ofício praticado. Para isso, é fundamental ter condições adequadas, bem como suporte e apoio dos gestores.

Os profissionais do Sistema Prisional do RS estão oficialmente contemplados pelo Programa de Segurança e Saúde do Servidor, inserido no Programa de Valorização e Atenção à Saúde Física e Mental dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul. A Divisão dos Recursos Humanos da SUSEPE realiza atendimentos psicológicos individuais na sua sede, em Porto Alegre, e nas salas existentes nas Delegacias Penitenciárias Regionais, presentes no interior do estado (RIO GRANDE DO SUL, 2013). No entanto, o que se percebeu, no decorrer da pesquisa, foi a necessidade de ações de promoção e prevenção voltadas à saúde do trabalhador naquela unidade prisional, e de demandas coletivas dirigidas às particularidades daquele ambiente de trabalho.

Diante do exposto, foi possível inferir que a *insatisfação ocupacional* decorria dos fatores desfavoráveis ao trabalho, entre eles: os estruturais (a falta de recursos humanos, materiais, financeiros e a terceirização do vínculo); os ligados à cultura organizacional (autoritária, hierarquizada e não dialógica); os político-gerenciais (pouco suporte e apoio de órgãos gestores) e os epistemológicos (intervenção biomédica).

A intersecção entre os elementos desse conjunto de fatores elevava a sobrecarga e o desgaste ocupacional, conduzia ao trabalho rotineiro, com pouco planejamento, integração e incentivo à aprendizagem, e ao trabalho fragmentado. Nesse contexto, os profissionais referiam o sentimento de não valorização, de solidão, falta de apoio, insegurança, desmotivação, desgaste, desinteresse e cansaço, com repercussões negativas para sua saúde e o exercício de suas funções.

Efetivamente, o estresse vinha apresentando significativas consequências no processo saúde-doença de um dos profissionais, o qual referiu “[...] emagreci um monte depois que comecei aqui. É o estresse né” (P3). Pelo exposto, constatou-se que os modos de vida, as condições e relações de trabalho na penitenciária retratavam um ciclo de estresse: “[...] tu trabalha, trabalha é um ciclo e às vezes te desgasta, poxa, tudo de novo?” (P6). Essa dinâmica se retroalimentava como um efeito bola de neve, pois era intercambiável (em maior ou menor intensidade) entre os funcionários e as MPL.

A forma como o indivíduo está inserido no seu ambiente de trabalho define decisivamente as formas específicas de adoecer e morrer no e pelo trabalho. Estudos nacionais consideram que trabalhadores do Sistema Prisional estão expostos a um ambiente estressor que os torna mais vulneráveis à ocorrência de determinadas doenças e agravos (FERNANDES *et al.*, 2002; RUMIN *et al.*, 2011; MORAES, 2013; DIUANA *et al.*, 2008; JASKOWIAK; FONTANA, 2015).

Pesquisas realizadas com agentes penitenciários demonstram que o ambiente prisional aumenta os riscos psicossociais, provocando o estresse, a ansiedade, a depressão, o uso problemático de drogas ilícitas e o alcoolismo. Esses são os principais fatores para adoecimento, incapacitação e morte pelo trabalho (RUMIN *et al.*, 2011; MORAES, 2013; DIUANA *et al.*, 2008; JASKOWIAK; FONTANA, 2015).

Contudo, até o presente momento, não há produções científicas nacionais que avaliem a condição de saúde dos trabalhadores da EABp e tragam alguma recomendação e/ou contribuição à melhoria do ambiente laboral de atuação. Esse fato pode ser justificado pelo recente incremento dessas equipes no Sistema Prisional. Por essa perspectiva, no intuito de propor pesquisas futuras, seria importante vincular o tema “saúde dos profissionais da EABp” aos estudos sobre satisfação e aspectos psicossociais no trabalho.

4.1.7 Atributos do Acolhimento e a relação profissional-usuário

Sabe-se que o processo de trabalho da EABp é determinado, sobretudo, por esforços interativos. Sabe-se, ainda, que o contexto em que se mantêm as MPL é marcado por muitas contradições, urgências e fatos críticos. No contexto da

pesquisa, embora os profissionais reconhecessem a existência de inúmeros fatores desfavoráveis ao trabalho na penitenciária, também admitiam que os favoráveis eram, justamente, os que afastavam o Setor Saúde da lógica e da cultura carcerária.

Constatou-se que o acolhimento ofertado pela EABp não se reduzia, única e exclusivamente, à classificação e estratificação de risco. Assumia uma característica polissêmica, pois aglutinava sentidos diferentes em torno de um mesmo termo. Por exemplo: “acesso, acolhida, escuta” (P2), “receber bem, acessível, respeitoso” (P4), “apoio, segurança, confiança” (P1), “conversar, aconselhamento, conforto, atenção” (P3), “respeito, organização” (P9), “distensionar, tirar o estresse” (P5), “tranquilidade” (P7).

O acolhimento fazia parte do processo de trabalho da EABp, era *uma atitude que viabilizava a escuta e o diálogo*, prerrogativa que envolvia todos os profissionais, deixando de ser um ato isolado para ser um importante instrumento de trabalho: “Hoje a gente trabalha mais com a escuta, né. Todos os profissionais aqui fazem escuta, desde o dentista, o médico, o técnico de enfermagem, todos!” (P1).

Tratava-se de uma atitude que viabilizava a escuta atenta e, conseqüentemente, o *reconhecimento das demandas e necessidades* de maneira singularizada, entendendo-as como legítimas. O acolhimento se transformou em um *ato de cuidado* para amenizar a dor e o sofrimento, e assim produzir maior bem-estar. Como pode ser observada no conjunto de excertos, a prática de acolher era, ao mesmo tempo, responsável, continente e empática.

Pois é, a gente observa, eu observei na semana passada uma paciente que chegou aqui, ela chegou na porta gritando de dor, daí no sentar e conversar com ela, verificar os sinais, dizer que está tudo bem... ela não estava com dor. Ela queria conversar, e a gente oferece a escuta, a acolhida. Só que a gente não tem muito o que fazer além do conforto, da escuta e do acolhimento. Vai entrar talvez com uma medicação, a gente sabe que não é assim também, que não é tudo... mas aqui é o que a gente pode fazer (P3).

A minha proposta é distensionar – não sei se vocês sabem o que é isso. Mas o mais importante é tirar o estresse. O importante é distensionar (P5).

Verificou-se uma categoria elementar nessa prática de escutar e dialogar: o *respeito*. Atitude frequentemente invocada como um aspecto integral da ética e do profissionalismo na área da Saúde, seu significado, muitas vezes, não fica claro em ambientes de confinamento. Embora se reconheça que existem muitas maneiras razoáveis de pensar e usar o termo, o sentido de “respeito”, no discurso dos

profissionais da EABp envolvidos nesta pesquisa, era mais similar ao de um *dever moral, mas também ético*. Pareciam preocupados, principalmente, com a ideia de respeito pelas pessoas, ou mais especificamente, de respeito pelas MPL como seres humanos. Alguns excertos confirmam essa inferência:

É uma paciente [a MPL] que assim, então, não é melhor nem pior que ninguém, eu nem sei muito como falar isso, mas ela tem muitos problemas de relacionamento aqui dentro [na penitenciária], e para mim, quando ela entra da porta aqui para dentro [da UBSp], eu a trato com respeito. É. Bah! E não tem o que falar dela (P3).

Elas [as MPL] são bem acolhidas aqui [na UBSp]. As gurias recebem bem. Eu as recebo bem. Sou respeitoso com elas... “Eu queria vir aqui”. E isso não é meia dúzia, são várias que nos dizem isso (P4).

Diante de uma cultura prisional despótica (reflexo da crise moral e civilizatória em sociedade), acreditar que o outro tem valor e agir conforme esse princípio expressa uma realidade paradoxal. Essa relação contraditória (crença e atitude) ficou nítida na prática discursiva e clínica da EABp. Como referido anteriormente, havia uma grande preocupação, entre os profissionais de saúde, com a adesão ao tratamento medicamentoso. Assim, eles se organizavam para garantir esse direito e, em alguma medida, promover ações de corresponsabilização e de autocuidado:

[...] eu fui entregar a medicação para ela [MPL] fazer uso ela mesma, e aí ela me informou que ela não tem condições de usar sem ser observada [Tratamento Diretamente Observado do antirretroviral], porque senão ela toma tudo de uma vez só [ideação suicida]. Aí, então, eu conversei com ela e disse: “então tu vai vir tomar todos os dias aqui na Unidade e, quando tu te sentires em condições de tomar tua medicação sozinha, daí tu me avisa. Mas daí a gente vai conversando até lá” [...] (P3).

O que a gente observa, que, quando existe uma organização e um respeito pela aquela pessoa, independente do que ela cometeu, ela vai te corresponder, que foi o caso da [suprimido o nome da MPL]. Ela estava para sair [da prisão], e ela veio aqui e disse: “eu preciso de um favor seu”. “O que que houve?”. “E eu só fui fazer e aderir o tratamento quando eu cheguei aqui na penitenciária, no posto de saúde, e agora eu vou sair, como é que eu vou conseguir o coisa [medicamento], tem como eu conseguir levar a medicação até eu ser atendida?” (P9).

Acolher respeitosamente funcionava como um facilitador da confiança no profissional, gerando segurança e adesão e impulsionando práticas de corresponsabilização entre profissional-usuária. Ter uma organização da equipe para garantir o acesso ao medicamento e a continuidade do tratamento não pode

ser uma preocupação ou uma vontade autônoma que parta, única e exclusivamente, da população usuária. Nesse sentido, as práticas voltadas ao autocuidado apoiado (MENDES, 2015), ou seja, de corresponsabilização entre profissionais e usuários, configuram-se como um dever do profissional da saúde. Trabalhar na perspectiva do autocuidado apoiado é, inclusive, um dos objetivos da APS.

O objetivo do trabalho em saúde é, também, apoiar o desenvolvimento de “maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos, de sua capacidade de pensar, agir e criar novos modos de vida para si e novas formas de posicionamento diante da sua saúde e do seu contexto” (CAMPOS *et. al.* 2014, p. 990). Trata-se, portanto, de uma prática interacional que busca gerar conhecimentos e habilidades das pessoas para conhecer o seu problema; para tomar decisões adequadas; para adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizar os recursos necessários que deem suporte às mudanças; e para superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde (MENDES, 2015).

Por outro lado, o respeito à autonomia não pode ser compreendido como uma expressão completa ou autossuficiente do respeito pelas pessoas (BEACH *et al.*, 2007). Embora o respeito pela autonomia exija uma avaliação da capacidade de pensar e agir autonomamente, o respeito pelas pessoas requer o reconhecimento do outro como sujeito de direitos.

Alguns relatos filosóficos da “pessoalidade” veem a autonomia como um critério necessário (e talvez suficiente) para contar como pessoa. Certamente, para os propósitos da prática clínica, defende-se a ideia de que todos os seres humanos são pessoas e, conseqüentemente, merecem respeito (BEACH *et al.*, 2007). Pode haver alguma perda de sofisticação e precisão filosófica na adoção desse ponto de vista, mas acredita-se que uma compreensão enriquecida do respeito, na prática da clínica ampliada, vale esse risco.

Sendo assim, o respeito ao outro como pessoa torna-se uma pré-condição para procedimentos de tomada de decisão ética, apropriados à lógica do cuidado, e não aos princípios da prisão. Na perspectiva dos profissionais, a UBSp seria um local diferente dos demais setores. Para eles, seria um local de Saúde (vida), promovendo, simultaneamente, o cuidado e a proteção.

Elas vêm sem algemas para o atendimento, tudo. Não tem aquela figura da prisão aqui [UBSp]. [...] é acessível, as técnicas são acessíveis, não tem uma guarda [agente penitenciária] olhando, e elas se soltam um pouco mais (P4).

Inclusive, ela [MPL] está querendo vir aqui [UBSp] quase todos os dias, e nós estamos deixando ela um pouquinho... Todo dia, ela tem que sair, tomar um ar. Daí ela vem, conversa um pouquinho, daí ela “então, tá” e vai embora (P3).

Diante disso, os princípios humanistas seriam capazes de modular, e até mesmo dissipar, o poder da Segurança. Assim como a falta deles reforçaria, e mesmo reproduziria, esse poder, como descrito nos subtemas anteriores.

Outro atributo do acolhimento referido pelos profissionais foi o *vínculo de confiança*. Acolher, respeitosa e eticamente, contribuiu, de forma significativa, para a construção do vínculo profissional-usuária. A possibilidade de construir laços de confiança, em um ambiente estruturado por relações de desconfiança e insegurança, tornou-se uma qualidade daquela equipe de saúde. Esse atributo reforça a teoria de que o acolhimento, enquanto postura e atitude, promove a criação de processos de confiança e de cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Acho que apoio, segurança, confiança. Tanto que até outras coisas já vieram aqui [na UBSp] que não eram nem da nossa alçada. Questões de segurança severíssimas que vêm desembocar aqui. Entende? Não foi para nenhum outro setor, veio para cá (P1).

Na perspectiva dos profissionais, a UBSp tornou-se um dos serviços de porta de entrada, ou seja, tornou-se referência para o acolhimento da maioria dos problemas enfrentados pelas MPL durante sua estada na penitenciária. Além de atender aos problemas de saúde, a EABp também acolhia as demandas de outros setores da prisão e, na perspectiva dos funcionários, realizava uma espécie de mediação entre as reclusas e as demais equipes setoriais da penitenciária, conforme se constata no conjunto de excertos:

[...] a Unidade é a referência delas. Primeiro chega aqui e daqui a gente começa: “vamos passar para o Jurídico, vamos passar...” Sabe? Elas têm a unidade de saúde como referência de atenção. [...] muitas vezes, até mandam para o Setor Psicossocial lá, para as gurias, mas ainda a referência é aqui. Nutrição, segurança, é aqui, tudo. Daqui elas conseguem vir, falar e ser encaminhadas (P1).

Só que ela vem aqui porque aqui o acesso é mais fácil. Então ela vai chegar primeiro aqui. E daí, depois tu precisa encaminhar ela para o setor que compete, né.

Até para pedir o que falta para a Segurança e para a Direção, elas acabam vindo por aqui. Começam com uma dor de cabeça. Tá, “mas no fundo, no fundo, tu quer mesmo”? (P6).

Esses depoimentos mostram que a EABp acolhia tanto as demandas de saúde como outras que iam além de sua competência (jurídicas, de segurança etc). Isso demonstra o interesse dos profissionais pela população usuária, revelando que a equipe era, de fato, a ordenadora do cuidado naquele local, ou seja, reconhecia as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.

Por outro lado, um dos profissionais referiu que a UBSp proporcionava mais acesso às MPL, se comparada aos demais setores da penitenciária. Logo, havia uma probabilidade maior de que as demandas represadas por outros setores “desembocassem” (P1) na UBSp. Essa situação seria extremamente favorável se houvesse corresponsabilização e trabalho intersetorial naquela instituição. Ao contrário, porém, a EABp assumia, aparentemente, a função de filtrar e encaminhar as demandas ao local competente para solucioná-las. Com maior diálogo e corresponsabilização entre os setores, haveria maior viabilidade de que a EABp assumisse, também, a função de coordenadora do cuidado. Seria uma equipe de referência para elaborar, desenvolver e gerir os processos do cuidado (projetos terapêuticos singulares), organizando o fluxo das usuárias com vistas à eficácia do trabalho e à integralidade da atenção (MENDES, 2015).

Diante das condições possíveis para garantir atenção às demandas das MPL, a prática do encaminhamento era entendida, naquele momento, como uma possibilidade viável para “solucionar” os problemas que não cabiam à EABp. Entretanto, esse posicionamento acarretava uma sobrecarga funcional, por vezes desnecessária, conforme identificado no subtema anterior.

Diante do exposto, percebe-se que o acolhimento era uma das principais ferramentas de trabalho da EABp, mantendo alguns atributos essenciais e intercambiáveis, como a escuta/diálogo, o respeito e o vínculo de confiança. Por meio deste, estruturava-se a relação profissional-usuária, tornando possível o reconhecimento das demandas e necessidades de saúde (individuais e coletivas) daquela população.

É possível enfatizar, ainda, que a atitude acolhedora e respeitosa, por parte dos profissionais, valorizava a MPL ou, no mínimo, reconhecia o seu valor como pessoa. Essa atitude de valorização tipicamente se expressava em certos comportamentos como, por exemplo: atendendo com empatia e cortesia, expressando preocupação com o outro e seu bem-estar, levando a sério seus

sentimentos e experiências, entendendo as demandas as quais davam materialidade ao direito à saúde como legítimas.

Isso leva a refletir que talvez o vetor estresse percebido no cuidado a pessoas que vivem em situações violentas possa ser reduzido pela compreensão em fazer um trabalho reconhecidamente importante, humano e pleno de sentido. A prática discursiva dos profissionais vai ao encontro dessa possibilidade. O respeito enquanto categoria elementar e valor ético-moral expressa-se tanto na crença de que o outro tem valor como na necessidade de adotar atitudes coerentes com essa crença. Nesse sentido, as crenças (subjetivo) e atitudes (objetivo) respeitadas estão intimamente interligadas, e uma sem a outra, simplesmente, não é suficiente para a prática do cuidado à saúde no Sistema Prisional.

Pelo exposto até o presente, e com a intenção de sistematizar os fatores favoráveis e desfavoráveis, pôde-se observar que, na perspectiva dos profissionais (dado empírico) fazia-se necessário pensar e implementar ações para amenizar a dor e o sofrimento decorrentes da falta de serviços sociais e de promoção da saúde, do abandono familiar e do ambiente estressor (decorrentes dos elementos supracitados e dos modos de sociabilidade na prisão). Constatou-se, ainda, que esses problemas eram enfrentados por eles através de ações paliativas, como medicalização, adesão ao tratamento e acolhimento. O planejamento e a oferta de outras ações encontravam barreiras estruturais, político-gerenciais, culturais e epistemológicas, inviabilizando o enfrentamento estratégico dos problemas.

Partindo desse pressuposto, foi estruturado, na Figura 4 (ver p.155), um esquema teórico-analítico que amplia a compreensão sobre os fenômenos empíricos. Além disso, e com vistas à continuidade da análise do próximo tema (Contribuições da metodologia de Apoio Matricial), foi possível mapear alguns indicadores (necessidades) que podem contribuir para a ampliação da capacidade de cuidado, de abrangência e escopo das ações ofertadas pela EABp.

4.2 CONTRIBUIÇÕES DA METODOLOGIA DE APOIO MATRICIAL

Com base nos fatores desfavoráveis e favoráveis previamente sistematizados, e com o objetivo declarado de contribuir com o processo de trabalho da EABp, na intenção de promover práticas colaborativas e integradas, o presente

tema apresenta como a metodologia de Apoio Matricial pode ser uma importante estratégia para reduzir a lacuna de cuidado de saúde no Sistema Prisional.

4.2.1 Comunicação e cooperação entre os Setores da Penitenciária

Como previamente constatado, a pouca comunicação entre os setores da penitenciária estava associada às barreiras cultural-organizacional e epistemológica, desfavorecendo sua integração. Entre as principais consequências observadas, estava a resistência à mudança (produzindo estresse) e a não articulação setorial (produzindo desresponsabilização), inviabilizando as possibilidades de superar a clínica de médio alcance, instaurada no processo de trabalho da EABp.

Portanto, estabelecer uma linha de *comunicação* entre as equipes setoriais da penitenciária foi evidenciado *como o fundamento para aprimorar o processo de trabalho da EABp*. Tratava-se de um elemento-chave para promover ações mais colaborativas e integradas naquele território de trabalho.

A discussão de caso em interconsulta foi, sem dúvida, uma ferramenta essencial para atingir este objetivo: comunicação que levaria à integração setorial. A partir da discussão de casos concretos (trabalho em ato - práxis) foi possível promover, simultaneamente, a educação permanente e a reflexão sobre o processo de trabalho da EABp, com um efeito educativo e terapêutico. A partir disso, foram identificadas as estratégias mais adequadas para enfrentar um dos problemas decorrentes da falta de comunicação setorial: a desresponsabilização - efeito institucional. Tais reflexões possibilitaram estreitar as relações de trabalho com os demais setores da prisão.

Entretanto, isso só foi possível quando, ainda na primeira reunião de matriciamento, a equipe apoiadora identificou que a EABp não tinha acesso às informações necessárias para compreender, de forma ampliada, os casos por ela próprios eleitos, o que limitaria o planejamento de ações futuras e adequadas às necessidades de cada usuária. É importante lembrar que se tratava de casos complexos²⁶ que precisariam da elaboração de um plano de cuidado ampliado.

²⁶ Conforme previamente descrito no percurso metodológico da pesquisa, sugeriu-se que a EABp desse prioridade para as usuárias (MPL) que apresentassem ao menos umas das seguintes condições de saúde: baixa capacidade para autocuidado; condições crônicas (transmissíveis ou não); quadro ou histórico de morbidade ou transtorno mental (depressão, transtornos de ansiedade, uso/abuso de substâncias psicoativas, autoflagelação).

Refletir, conjuntamente, sobre essa situação e ponderar uma forma adequada para dar continuidade ao trabalho matricial foram atitudes apontadas pela equipe apoiadora como necessidade imperativa. Essa condição levou os profissionais da EABp a propor uma ação articulada com os Setores Técnico e Materno Infantil, tendo em vista o contato destes com a rede de apoio das reclusas fora da prisão.

A gente [apoiador] acha melhor deixar vocês irem pensando sobre isso [falta de dados] à medida que a gente vai fazendo aqui os encontros. Por exemplo, nesse caso, me pareceu que a gente... Faltaram informações, faltaram dados aqui para a gente discutir... Mas queria saber de vocês como que a gente pode dar conta disso (AM3).

De repente, poderia, se for interessante para o grupo. Vou tentar ver junto ao psicotécnico (P2).

E se nós trouxéssemos um integrante, um colega que pudesse participar [da reunião de matriciamento]? (P1).

A proposição de construir relações de trabalho mais dialógicas e compartilhadas foi bem aceita pela maioria dos profissionais de saúde, embora também houvesse um movimento de resistência em face da possibilidade de tornar o trabalho da EABp dependente das informações que, até o momento, permaneciam restritas aos outros setores. Esse movimento de *tutela e apropriação da informação* sobre as MPL reforçava o saber e o poder de cada setor (poder da informação), reiterando a ideia de que o fazer era restritivo e densamente fragmentado.

O não saber decorrente da falta de informação ou da necessidade de pleno “domínio” (P10) sobre cada caso, em alguma medida, trouxe desconforto para um dos profissionais. O argumento discursivo propunha que o Setor Saúde não saísse de sua “esfera de trabalho” (P10), ou seja, não extrapolasse a delimitação da sua função sumariamente definida.

[...] eu tive um pensamento, não sei o que vocês acham. Por que a gente não faz os casos que dependem única exclusivamente de nós [da EABp], inicialmente? Um exemplo, né, porque se a gente for esperar que venham de lá para cá... a gente sabe que a coisa não flui assim tão fácil. [...] porque a gente não fica com aquilo que está na nossa esfera de trabalho [...] Enfim, eu não sei da outra paciente, porque eu não me lembro muito bem do caso dela, não sei se a gente tem esse domínio do caso dela, ou se a gente vai depender de muitas outras variáveis para fazer esse trabalho [...]” (P10).

Realizar o percurso reflexivo sobre o processo de trabalho não é uma tarefa simples – ainda mais em uma instituição que mantém relações de trabalho

concentrando o poder e estimulando a hierarquia de maneira autoritária. Romper com essa lógica depende de apoio externo e do estabelecimento de uma série de condições objetivas, entre as quais a possibilidade de se organizarem espaços protegidos para a reflexão: rodas (CAMPOS, 2006). Depende ainda da substituição da violência como método para resolver conflitos, por processos de negociação entre interesses e perspectivas distintas.

Nesse sentido, tanto a equipe matricial como os demais profissionais da EABp acolheram, criticamente, a preocupação proferida e expressa no último excerto e, ao longo do percurso do matriciamento, foram estruturando argumentos lógicos que expressavam os aspectos favoráveis associados ao trabalho integrado, voltados sobretudo à ideia de colaboração setorial.

Na intenção de demonstrar os efeitos positivos de trabalhar integrada e colaborativamente, foram proferidos pelos profissionais de saúde alguns itens discursivos como: “discutir junto; aprendizado; troca de informações” (P2); “dividir o cuidado; mais integral; a gente precisa da ajuda deles” (P3); “aqui é um espaço de reflexão conjunta” (AM2); “colaborar e enriquecer” (P1); “mostrar o trabalho que a gente tem feito; participar das informações” (P9); “mais junto, porque envolve a questão dela em sociedade, dos laços familiares” (AM3).

A partir da identificação da própria equipe de referência, a diminuição da resistência e o aumento de uma ação dialogada e colaborativa apontaram que o conhecimento restritivo tendendo ao biológico restringia, igualmente, o seu modo de atuação. Esses itens discursivos reforçam o argumento de que a *metodologia de matriciamento é uma estratégia educativa que amplia a compreensão sobre a necessidade de trabalho mútuo (reflexão-ação)*. Nesse sentido, pode contribuir, significativamente, para a ruptura dos processos de trabalho voltados à clínica medicalizante e fragmentada de curto alcance.

Outra questão importante que favoreceu ou viabilizou a participação dos integrantes do Setor Técnico e da Unidade Materno Infantil nas reuniões de matriciamento foi a *função mediadora* - face do apoio institucional - assumida pela equipe matriciadora. É digno de nota e reflexão observar que, em certo ponto do processo, houve necessidade de esclarecer novamente a proposta da pesquisa-ação à Direção da penitenciária. De acordo com os relatos, o Apoio Matricial estava alterando a rotina da prisão, trazendo desconforto aos profissionais da EABp, em

especial aos núcleos profissionais originariamente vinculados ao Setor Técnico, mas que estavam, no momento da pesquisa, trabalhando na EABp.

A partir dos devidos esclarecimentos e ponderações sobre a importância da referida pesquisa, com vistas à qualificação da Política da Atenção Básica prisional do RS, foi pactuado com a Direção que os setores sob sua responsabilidade (Técnico e Materno Infantil) participariam das reuniões de matriciamento sempre que necessário. Assim se constatou:

Então, só para compartilhar com vocês né, a gente [apoiadores] foi lá falar com a Diretora. Daí a gente combinou que sempre que necessário for, eles [Setor Técnico e Materno Infantil] participarão das nossas reuniões. Daí a gente avisa uma semana antes, para eles se organizarem. A gente passa a Ficha de Discussão de Caso para eles também, acorda o caso que a gente vai discutir com cada um. Eles trazem o relato, e a gente vai complementando com as informação daqui [EABp], com as questões de saúde também, né. E aí sim, a gente pode fazer esse trabalho fluir (AM2).

Dessa maneira, as reuniões de interconsulta contribuíram para o *compartilhamento de informações* entre os envolvidos no processo (matriciadores, EABp e representantes de outros setores) e, gradativamente, foram firmando-se contratos de trabalho mais democráticos e novas práticas de apoio mútuo dos profissionais de distintas formações e setores. O compartilhamento de condutas terapêuticas a fim de promover a responsabilização entre os setores também foi observado:

Então, eu posso colocar? Mas assim, gurias, é para pensar em conjunto. Não estou falando em nenhum sentido, acho que a responsabilidade é de todas nós. A única preocupação que a gente, enquanto Saúde [EABp], às vezes tem em relação à [suprimido o nome da MPL] é a questão da alimentação, e isso a alimentação do bebê dela. A gente precisa pensar de dar esse suporte para ela poder ter esse entendimento [...]. A gente quer tomar conhecimento com vocês, eu não tinha esse conhecimento. Mas como que a gente pode auxiliar ela, sabe? Porque a gente acaba falando, mas ela repete e não sei como é que está isso, se vocês, observando no dia a dia dela, pode ajudar nessa orientação (P3).

Essas evidências qualitativas demonstram que a interconsulta amplia as possibilidades de *trocas de saberes*, favorecendo a *integração e qualificação* dos profissionais, além de tirá-los do isolamento e incentivar o trabalho interdisciplinar no alcance do cuidado integral. Nesse sentido, a metodologia matricial pode ser compreendida como ferramenta que aprimora a capacidade para o trabalho

colaborativo, capaz de dar sustentabilidade à conformação de uma ação integrada e articulada.

A acepção original do matriciamento (CAMPOS, 1999), já observada, sugere que, além da articulação de práticas, é igualmente necessária a articulação em rede de serviços. Esse duplo aspecto responderia às necessidades de um projeto terapêutico de saúde integral a ser promovida em âmbito coletivo (comunidades) e individual (usuário/família).

4.2.2 Projeto terapêutico e trabalho integrado em Rede

A partir do compartilhamento de informações entre os setores da prisão, foi possível identificar precedentes em comum nos casos matriciados: histórias de múltiplas vulnerabilidades (violência infantil, violência por parceiro íntimo, pobreza extrema, vivência em situação de rua, abandono familiar); estilo de vida autodestrutivo (por abuso ou dependência de drogas, com episódios repetidos de intoxicação); morbidade psiquiátrica grave (com ideação suicida, hipermedicalização); reincidência criminal; invisibilidade das condições de saúde no cumprimento da condenação (situação de saúde muito frágil cumprindo longas penas em regime fechado); e invisibilidade das questões de gênero (transexualidade, direitos sexuais e reprodutivos). Esses fatores denunciam que as MPL ainda carecem de maior atenção em saúde no Sistema Prisional, pois as prisões, historicamente, não são espaços que consideram as especificidades de gênero.

Além disso, as reclusas estavam próximas à liberdade, demandando ações coordenadas para assegurar a continuidade do cuidado e o fortalecimento de vínculos na comunidade de proveniência, o que confirma a literatura internacional (BINSWANGER *et al.*, 2011; KINNER *et al.*, 2016; LEUTWYLER; HUBBARD; ZAHND, 2017) sobre a necessidade de coordenação do cuidado a fim de favorecer uma transição adequada dos cuidados da APS da prisão para os serviços de referência na comunidade.

Os seguintes itens demonstram a necessidade de organizar projetos terapêuticos com abordagem clínica ampliada e integrada em rede: “É bem importante saber aonde ela vai, saber aonde ela anda na rede” (P3); “ver a rede porque ela não tem condições de autocuidado” (P2); “tentar formar uma rede já a

partir de agora com ela” (P9); “montar essa rede porque senão ela vai retornar [para a prisão]” (P1); “rede fragilizada, fortalecer” (P2); “articular o cuidado em rede” (AM2); “acionar a rede” (AM3); “vai ficar vulnerável em função até da dependência química, importante o suporte da rede” (P7); “continuidade do cuidado em rede” (AM2). Além disso, exprimem uma lógica de trabalho centrada nas necessidades das usuárias (usuário-centrado).

Tal condição demandou um plano de trabalho orquestrado e com divisão de responsabilidades: “essa pactuação que tem que ser dada, como é que vai ser as referências e as responsabilidades de cada uma das equipes, se serão compartilhadas ou se isso será encaminhado como fluxo daqui [EABp], como é que se dá essa construção desses encaminhamentos?” (AM2). O critério de vínculo foi estabelecido como um indicador para pactuar quem seriam os profissionais e setores de referência para o acompanhamento de cada PTS e, conseqüentemente, como seria a articulação com os serviços territoriais e a rede de apoio socioafetiva.

Na ocasião, a EABp ficou responsável pelo acompanhamento de um dos PTS, em decorrência da maior complexidade da condição de saúde da reclusa, demandando articulação com serviços de diferentes níveis de complexidade (reuniões com a rede) e justiça criminal (relatórios técnicos para acelerar o processo de livramento). Além disso, deram o suporte para outro PTS: “Eu fui lá na unidade de saúde da [suprimido o nome da MPL], falei com a enfermeira para pegar mais informações sobre a situação dela no território [...] agendar a visita domiciliar para a família também [...]” (P3).

Outro dado interessante é que o suporte matricial foi realizado a todos os PTS, independente do setor de referência. Essa proposta se aproxima do conceito de coordenação coletiva do cuidado, quando uma equipe de profissionais ou organizações assegura a responsabilidade da tomada de decisão dos usuários segundo modalidades decididas conjuntamente (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001). Isso significa que o fazer (práxis) do apoio estava livre para ser compartilhado, com o objetivo declarado de contribuir com o trabalho colaborativo e integrado, borrando as barreiras que, em alguma medida, dificultavam a integralidade da atenção naquele ambiente de trabalho.

O engajamento e a cooperação entre os envolvidos no processo (matriciadores, EABp, Setor Técnico e Materno Infantil) contribuíram para a construção de estratégias de singularização da atenção (PTS) priorizando a

produção do cuidado com a rede de serviços de saúde de referência territorial da reclusa e sua família (ESF, CAPS, Primeira Infância Melhor), com a rede socioassistencial (Centro de Referência da Assistência Social), com a rede de apoio afetivo existente e, quando necessário, com o Sistema de Justiça Criminal (Setor Psicossocial e juiz do Tribunal de Justiça).

Esses dados revelam que a instrumentalidade (atributos norteadores, ferramentas, identidade-competência profissional) que orientou o processo de matriciamento trouxe uma perspectiva dinâmica de intervenção, contribuindo para identificar as especificidades, a complexidade e o nível de fragmentação do território de trabalho da EABp. Através de estratégias dialogadas e tecnicamente orientadas (vulnerabilidade e evidências científicas), o matriciamento pode assumir também a função de conectar a APS da prisão aos órgãos de Justiça, aos pontos da RAS e da assistência social, viabilizando, assim, fluxos mais seguros para garantir o acesso e a continuidade do tratamento das egressas em seu território, na direção da integralidade e continuidade do cuidado em rede.

4.2.3 Reestruturação do trabalho

No decorrer dos encontros de matriciamento, contatou-se um movimento de reorganização no processo de trabalho da EABp, com vistas a ampliar a abrangência e o escopo das ações de saúde ofertadas naquele território. Nesse sentido, chamou atenção a “reestruturação” (P1) realizada a partir de acordos e contratualizações internas efetuadas entre os setores da penitenciária (Saúde, Técnico e Direção).

Importa notar que esse movimento foi realizado através de um processo autogestor, sem a participação ou mediação da equipe matriciadora. Diante disso, é possível inferir que, em alguma medida, a metodologia de apoio matricial impulsionou a *autogestão* da EABp – reforçando sua independência frente às decisões necessárias para qualificar o processo de trabalho – e, ao mesmo tempo, abriu brechas para a cogestão naquela instituição.

As evidências qualitativas reforçam que o processo de reorganização do trabalho em saúde na penitenciária deu-se através *de um movimento de territorialização e vigilância preventiva* (MENDES, 2015), ou seja, os profissionais delimitaram uma microárea de vigilância em saúde na penitenciária. Tratava-se de

uma galeria com “maior vulnerabilidade em saúde” (P3), pois nela habitavam as MPL em “situações clínicas mais severas” (P1) como, por exemplo, as que apresentavam condições crônicas descompensadas (agudizadas), incluindo morbidades psiquiátricas graves; as que faziam uso diretamente observado de medicação (antirretroviral e psicotrópico); aquelas em condição pós-cirúrgica; e gestantes a serem acolhidas na Unidade Materno Infantil.

Essa Galeria é onde ficam as presas que têm problemas de saúde crônicos, então ficam ali, ou algumas gestantes que não foram ainda para a UMI. As que têm dificuldades com medicação controlada, que daí nós damos a medicação aqui [na UBSp], também elas ficam ali. Fizeram cirurgia, por exemplo, vieram da rua, tem muitos casos que elas chegam da rua com cirurgia, e aí elas ficam ali, que tem maior vulnerabilidade em saúde, ficam ali (P3).

É digno de nota e reflexão observar que a proposta de organizar o trabalho da EABp mantinha estreita relação com a necessidade de definir as atribuições do núcleo da psicologia e do serviço social naquela equipe de saúde que, aparentemente, eram pouco explicitadas e aclaradas. Esta inferência ganha maior relevo se analisado o principal motivo para a “reestruturação” (P1) do trabalho: ampliar a *integração destes núcleos* com os demais profissionais de saúde, a fim de fortalecer o trabalho da EABp e promover ações mais integrais e coordenadas:

[...] houve uma reestruturação [...] então, a nossa Assistente Social aqui e eu vamos passar a atender a Galeria B1, que é considerada a galeria de apenas com situações clínicas mais severas, né, que requer um olhar, né, da Saúde. Então, como Psicóloga e como Assistente Social, serão atendidas [MPL] aqui com nós [EABp]. Mais integral daí aqui com a nossa equipe [EABp] [...] (P1).

Interessante notar que a postura de vigilância entre os profissionais estava manifesta especialmente no que se refere aos problemas priorizados, denotando ainda a fragmentação na abordagem daquela realidade, visto ser a prisão um ambiente de extrema vulnerabilidade. Em contrapartida, há de se reconhecer a importância dessa reorganização, pois poderá contribuir significativamente com a promoção de ações de saúde mais equitativas, de forma a reduzir as desigualdades injustas decorrentes da segregação espacial associada àquela microárea.

A literatura sinaliza que a análise espacial contribui para o melhor conhecimento sobre as características da população adscrita, favorecendo o desenvolvimento de programas e projetos viáveis e bem direcionados frente às

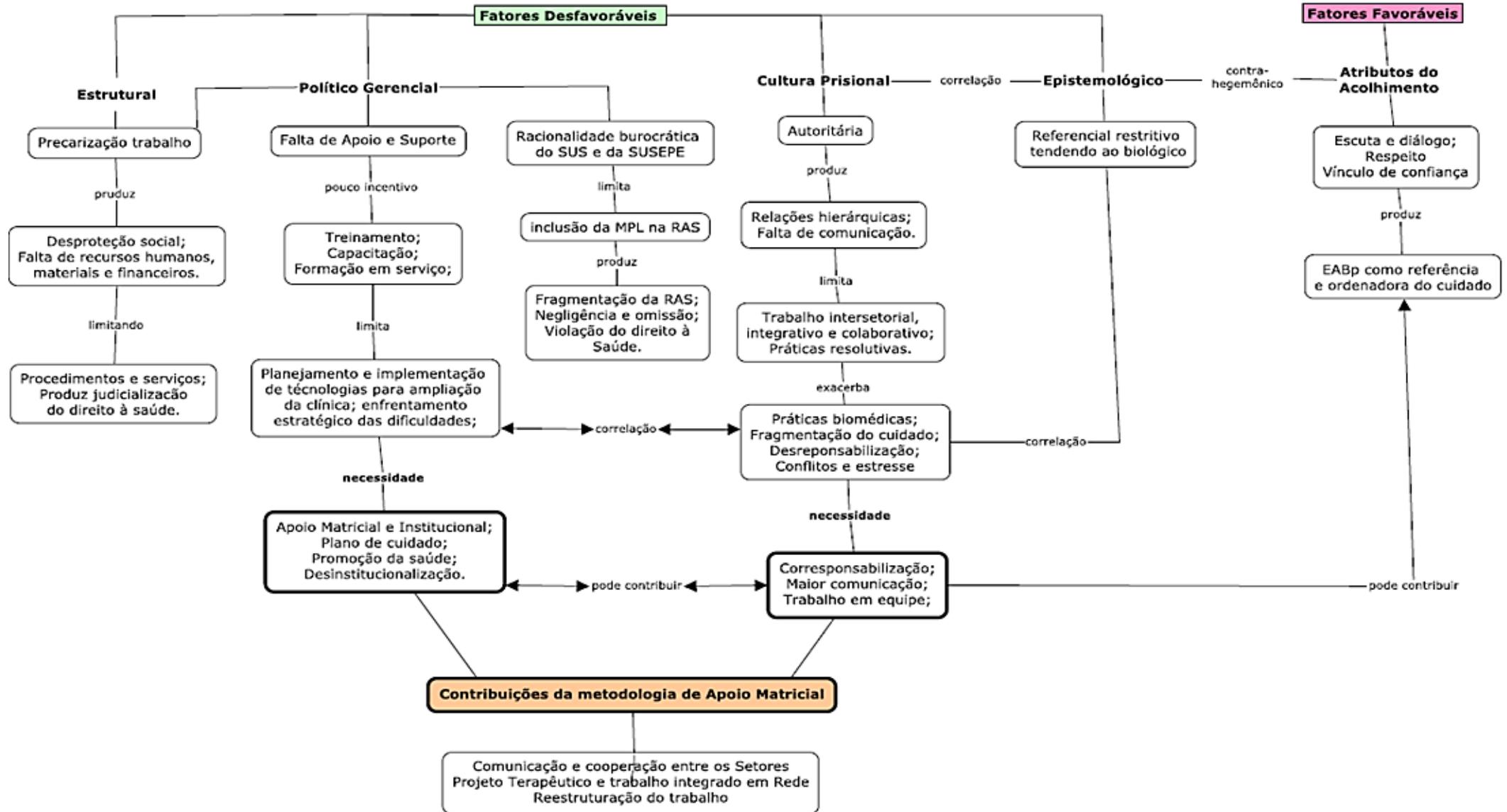
necessidades da população (MENDES, 2015). Além disso, aumenta a probabilidade de promover discussões que poderiam estar sendo negligenciadas pelas equipes setoriais da penitenciária. Tratou-se, portanto, de um movimento importante em direção à integralidade do cuidado de saúde na penitenciária.

Outro dado evidenciado foi o engajamento entre a EABp e o Setor Técnico, no processo de recrutamento e formação das agentes promotoras da saúde na penitenciária, função assumida por algumas MPL. A título de comparação, seria o equivalente à função de agentes comunitários de saúde que compõem as Equipes de Estratégias de Saúde da Família. Conforme referido: “Agora a gente tem promotoras em todas as galerias” (P1).

Este trabalho teve por objetivo promover ações de prevenção em todas as microáreas (galerias) e ampliar o acesso e a resolutividade da atenção à saúde naquele território. Como proposta inovadora, buscou assegurar maior comunicação da EABp com as MPL, no interior das galerias, favorecendo ainda mais o vínculo profissional-usuária. Esta proposta pode se constituir em uma estratégia de gestão do cuidado, se associada à organização das demandas de cada microárea, o que tecnicamente demandaria maior responsabilização entre os profissionais da EABp e as demais equipes setoriais da penitenciária.

Esse novo cenário promoveu transformações favoráveis acerca da integralidade da atenção à saúde na penitenciária. Mudou, em alguma medida, o modelo de compreensão da EABp em direção ao modelo biopsicossocial, na busca de transcender antagonismos cartesianos, e alterou seu próprio processo de trabalho, que se tornou mais compartilhado, interdisciplinar e integrativo, agregando novos saberes e trabalhando com novos atores: apoiadores matriciais, agentes promotoras e equipes setoriais. Por isso, o matriciamento no sistema prisional possui grande potencialidade na redução da lacuna de cuidado de Saúde no Sistema Prisional, uma prioridade para a Saúde Pública em todo o mundo. Os dados expostos até aqui, foram sistematizados em um mapa teórico-analítico, conforme mostra a Figura 4.

Figura 4. Mapa teórico-analítico dos fatores desfavoráveis, favoráveis e contribuições da metodologia de Apoio Matricial.



Fonte: Elaborado pela autora.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da revisão documental, constatou-se que o modelo de gestão da APS no Sistema Prisional do RS inspirou o governo federal a implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. Os cuidados primários à saúde, equivalentes à população geral, pressupõem uma proximidade maior entre profissional, serviço de saúde e população usuária, bem como uma construção de vínculo, fatores estes intimamente relacionados à efetividade do tratamento em saúde. Nesse sentido, prerrogativas do SUS e da PNAB são reiteradas na PNAISP, incorporando diretrizes de atenção que devem fazer parte do trabalho e dos serviços de saúde em estabelecimentos prisionais.

Importa salientar que não foi pretensão do presente estudo mostrar como operam os padrões institucionais do Sistema Prisional, nem ser exaustivo em relação às práticas de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na EABp, mas sim refletir sobre o território prisional e a saúde nesse contexto, a partir de pistas advindas das percepções desses profissionais e outros com quem foi possível compartilhar a realidade prisional por um determinado período.

É importante salientar que se trata de um estudo de experiências e perspectivas, e como tal, o que foi possível acessar foram memórias e fragmentos do vivido pelos profissionais em um certo momento e contexto socioambiental – além das próprias observações da pesquisadora –, sendo significativo porque é a interpretação do que se fixou, de alguma forma, a partir daquelas experiências. O que se apresentou aqui, portanto, foram interpretações (constructos hermenêuticos e tautológicos) filtradas pelos prismas teóricos e metodológicos adotados pela pesquisadora. Pontuaram-se, ao longo do texto, e aqui mais ainda, a título de finalização, alguns aspectos significativos, incluindo-se sugestões consideradas pertinentes, como forma de contribuição, conforme explicitado na sequência.

Assim, observou-se, por exemplo, que um dos fatores estruturais que prejudicam a atuação da equipe de saúde, além de sobrecarregá-la e aos agentes penitenciários os quais deslocam as reclusas para atendimento, é a falta de recursos humanos no Setor da Segurança (agentes), evidenciando as precárias condições de

trabalho no âmbito do Sistema Prisional, com consequências negativas ao atendimento em saúde. Esse fato acentua as relações hierárquicas, atribuindo ao Setor da Segurança uma sobreposição aos demais setores em relação às suas necessidades e prioridades.

Além disso, o processo de terceirização do vínculo ocupacional dos profissionais da EABp traz um sentimento de insegurança e incerteza – face à desproteção social dos funcionários que convivem num mesmo ambiente de trabalho com diferentes salários e desigualdade de direitos, vantagens e deveres –, ampliando a insatisfação ocupacional e, por vezes, desfavorecendo as relações interpessoais e dinâmicas de atuação.

Em várias situações relatadas, entende-se que os profissionais, por vezes, se veem no dilema entre o cuidado necessário e o possível de ser oferecido, em especial pela indisponibilidade de materiais e insumos essenciais para manutenção e oferta de determinados procedimentos (odontológicos, sobretudo).

Ademais, a escassa oferta de serviços sociais na prisão voltados à educação, ao desporto, ao lazer e à área ocupacional também são obstáculos estruturais que afetam, substancialmente, as condições de vida na prisão. Essas são atividades consideradas primordiais para a redução dos danos decorrentes do confinamento, pois funcionam como protetoras e promotoras da saúde no cárcere. Tal condição denuncia a fragilidade organizacional naquele ambiente e o pouco envolvimento dos órgãos gestores (Administração Penitenciária, Justiça Criminal, Saúde etc.) com vistas à defesa e à garantia dos direitos de cidadania das PPL. Reitera-se que negligências de diferentes ordens têm consequências que transcendem os muros das prisões, afetando a todos.

Algumas particularidades da atenção à saúde, como o fluxo intermediado, os procedimentos centrados na demanda, a medicalização da assistência, a fragmentação do cuidado, a desresponsabilização e a reduzida comunicação entre os setores da prisão, constituem obstáculos recrudescidos pela cultura prisional e pelas perspectivas epistemológicas, refletindo no trabalho dos profissionais e na oferta de atendimento e serviços. Preconiza-se que o funcionamento da UBSp se oriente pelos princípios e diretrizes do SUS, observando que não basta transpô-los mecanicamente, sem verificar as características do contexto e da população

atendida, pois o princípio da equidade e da integralidade faz, justamente, esta consideração.

Quanto à qualificação para atuar naquele contexto, salientam-se obstáculos gerenciais (gestão) expressos na pouca oferta de espaços formativos (capacitação, treinamento) e de compartilhamento de saberes (educação permanente). Salienta-se a pertinência e a necessidade de espaços de Educação Permanente em Saúde, propondo ações sensíveis ao cotidiano do trabalho desses profissionais e estratégias de ação ancoradas nos atributos da APS, com suas ferramentas de macro e microgestão da clínica, para que haja mudança nas práticas institucionais e de saúde (fator epistemológico). Soma-se a esse processo de capacitação (planejamento e execução) a indispensável participação sindical e a presença dos conselhos profissionais, contribuindo para salvaguardar e respaldar a atuação dentro dos preceitos éticos e legais de cada profissão. Além disso, seria oportuno pensar em formas de valorização da carreira desses trabalhadores.

A abertura do Sistema Prisional, no sentido de ampliar vagas de estágio especificamente na área de saúde, e como cenário de prática para os Programas de Residência Médica e Multiprofissional, seria uma forma de acionar um potencial mercado de inserção desses futuros profissionais, tornando-os mais próximos de um campo de trabalho circunscrito ao âmbito do SUS e da APS e que ainda carece de recursos humanos com perfil qualificado para atuar nesse contexto.

Como evidenciado, a construção de vínculo de confiança ancorado em atitudes acolhedoras e no respeito ao outro como pessoa são aspectos favoráveis do trabalho da EABp, pois exprimem a relação profissional-usuário, com influências positivas no cuidado e no enfrentamento da cultura autoritária da prisão. Por outro lado, as condutas cotidianas de trabalho naquele ambiente podem gerar cargas significativas de desgaste e sofrimento mental nos profissionais. Diante desse cenário, há responsabilidade institucional pela saúde desse segmento dos recursos humanos, merecedor de maior atenção por parte dos setores competentes, o que constitui, por isso mesmo, um obstáculo de gestão.

Durante o desenrolar da pesquisa, observou-se a significativa disposição e o engajamento dos trabalhadores da área da saúde - não somente destes, mas também das demais categorias de outros setores da prisão - em colaborar com o estudo. A pesquisa-ação, ancorada na metodologia de Apoio Matricial, foi

interpretada como uma oportunidade incomum de falarem, serem ouvidos, reconhecidos e visibilizados no contexto da Saúde e do Sistema Prisional, ampliando espaços de interlocução entre os profissionais de saúde e os do Setor Técnico e Materno Infantil daquela unidade prisional.

A metodologia de Apoio Matricial contribuiu para a instrumentalização da EABp e ampliou a capacidade de trabalhar de maneira colaborativa e integrada, com vistas ao cuidado em rede. Em sua dimensão pedagógica, ampliou a troca e o compartilhamento de saberes entre o binômio Saúde (EABp) e Segurança (Setor Técnico e Materno Infantil), bem como entre os matriciadores (pesquisadores) e a equipe de referência (EABp), tendo a saúde como base comum para o trabalho na prisão.

Em sua dimensão técnico-assistencial, a metodologia contribuiu para o trabalho cooperativo e dialógico na rede intersetorial da prisão, e ainda na rede externa, como a saúde, a assistência social e a justiça criminal, expandindo os laços de reciprocidade e responsabilização. Importa notar seus efeitos indiretos ao estimular processos de autogestão do trabalho em saúde, objetivados em ações de territorialização e vigilância preventiva na prisão, destacando-se como práticas de macrogestão do trabalho em saúde no âmbito da APS.

Além disso, as evidências qualitativas revelaram que, apesar de a EABp já ser considerada a principal porta de entrada da população prisional no sistema de saúde do RS, ainda precisa ser organizada para tornar-se ordenadora no acesso à rede. Também a atenção especializada carece de ser qualificada no que se refere ao modelo de cuidado em rede, especialmente, os serviços de atenção psicossocial e emergências psiquiátricas, avançando na ampliação e otimização da oferta de serviços de saúde mais equitativos e integrais destinados a essa população. Necessário se faz implementar ou estabilizar uma equipe de referência e apoio matricial no âmbito da APS prisional, estimulando a integração na gestão de fluxos, comunicação, informação, regulação compartilhada entre Gestão da Saúde e Penitenciária, e implementação de planos de cuidado, sobretudo à população egressa do Sistema Prisional.

Entende-se que os profissionais de saúde têm um papel significativo na defesa de melhores serviços de saúde nas prisões e em influenciar as políticas destinadas a um segmento populacional tão vulnerável, o que, por sua vez, pode

levar a melhorias nas condições e processos de trabalho em saúde e, sobretudo, à eficácia dos serviços ofertados nas prisões. Portanto, essas descobertas podem fornecer informações teóricas e metodológicas para os profissionais dessa área que atuam no Sistema Prisional, acadêmicos e demais segmentos interessados no tema. Podem contribuir também para informar e influenciar gestores e formuladores de políticas sobre as questões contextuais que afetam o trabalho em saúde no Sistema Prisional e, conseqüentemente, a saúde da população privada de liberdade.

É sabido que há grandes avanços no plano jurídico formal em relação à saúde no Sistema Prisional, porém sua efetivação concreta, social, é incipiente, havendo experiências muito diversas no Brasil, e certamente no próprio estado do Rio Grande do Sul, pois a realidade do interior tem peculiaridades que merecem ser estudadas. Certamente, a operacionalidade da prisão, tal como se dá, pode, por vezes, inviabilizar o funcionamento do sistema público de saúde, norteado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, conflitando com ele. Não o condena, porém, ao fracasso, haja vista existirem iniciativas exitosas, ainda que pontuais, mostrando possibilidades viáveis. Seria oportuno conhecer tais experiências.

Nesse sentido, projetos similares, em outras prisões, podem mostrar quão generalizáveis são os achados da presente pesquisa. Por tratar-se de um estudo transversal e executado exclusivamente com profissionais da EABp, foi possível identificar aspectos favoráveis em curto prazo, referidos por eles na ocasião do estudo. Seria interessante, porém, implementar novas pesquisas com abordagem longitudinal, integrando na amostra profissionais de outros setores da prisão e pessoas reclusas. Assim, haveria possibilidade de acompanhar a evolução dos efeitos da metodologia de Apoio Matricial, tanto no processo de organização do trabalho quanto no monitoramento dos planos terapêuticos, junto à população egressa do Sistema Prisional e suas redes de apoio, em médio e longo prazo.

Em termos metodológicos (material e método), a pesquisadora assumiu a responsabilidade de apresentar uma detalhada descrição em cada fase do estudo, a fim de contribuir com novas pesquisas, ou servir como base metodológica passível de reprodução a outras áreas de conhecimento e contextos. Além disso, essa exposição detalhada colaborou para uma análise mais qualificada dos dados e a compreensão teórica sobre eles. Nesse sentido, espera-se que tais princípios

possam inspirar novas práticas científicas na área do Serviço Social e afins, ampliando a discussão teórica e metodológica a outros campos do conhecimento de maneira interdisciplinar.

Por fim, é notório que, para uma grande parte da opinião pública, as PPL “merecem” sua sorte: viver nas prisões ou em outros locais de confinamento insalubres e superpopulosos. Dessa forma, a implementação de políticas públicas em prol da saúde das PPL implica uma forte vontade política porque vai, em determinados aspectos, contra as forças predominantes na opinião popular. Um dos principais desafios será, com a participação dos diferentes integrantes da coletividade carcerária (trabalhadores da saúde, da segurança, dos setores técnicos e administrativos e, sobretudo, das PPL e seus familiares), concretizar essa vontade política no cotidiano de cada unidade prisional para reduzir a cisão entre as recomendações e a realização, entre os princípios e diretrizes da gestão federal e as contingências, condições e conjunturas em meio às quais a política será implantada. Em outras palavras, significa assegurar, efetivamente, às PPL, enquanto cidadãs, seu direito constitucional e universal à saúde.

REFERÊNCIAS

AAS, Katja Franko. 'The Earth is one but the world is not': Criminological theory and its geopolitical divisions. **Theoretical Criminology**, v. 16, n. 1, p. 5-20, 2012. Disponível em: < <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362480611433433>>. Acesso em: 17 mai. 2017.

ADORNO, Sérgio; SALLA, Fernando. Criminalidade organizada nas prisões e os ataques do PCC. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 7-29, 2007. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142007000300002>. Acesso em: 12 jul. 2017.

AGUIRRE, Carlos . Prisons and prisoners in modernising Latin America. In: BROWN, Ian; DIKOTTER, Frank (Org): **Cultures of Confinement: A History of the Prison in Africa, Asia, and Latin America**, Ithaca: Cornell University Press, p. 14-54, 2007.

ALELUIA, Italo Ricardo Santos *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845-56, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1845.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 320-335, 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n2/320-335/>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

ALVES, Sheila Maria Parreira *et al.* A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3043-3050, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3043.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2016.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho. 16. Ed. São Paulo: Cortez, 2015.

ARAÚJO, Fábio Alves Ferreira Maia de; NAKANO, Tatiana de Cássia; GOUVEIA, Maria Lígia de Aquino. Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 3, p. 381-390, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3350/335027282010/>>. Acesso em: 02 set. 2016.

ARRUDA, Carlos André Moura; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 321-332, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832017000200321&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 09 jul. 2017.

AUDI, Celene Aparecida Ferrari *et al.* Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 109, p. 112-124, Jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610909>>. Acesso em: 19 mai. 2017.

AUTY, Katherine M.; COPE, Aiden; LIEBLING, Alison. A systematic review and meta-analysis of yoga and mindfulness meditation in prison: Effects on psychological well-being and behavioural functioning. **International journal of offender therapy and comparative criminology**, v. 61, n. 6, p. 689-710, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26320031>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

ATHIÉ, Karen; FORTES, Sandra; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 64-74, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/536/530>>. Acesso em: 09 jun. 2016.

AZEVEDO, R. G. Criminalidade e justiça penal na América Latina. **Sociologias**, Porto Alegre , n. 13, p. 212-241, June 2005 . disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222005000100009>> . Acesso em: 15 jul. 2017.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 11-23, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2009.v18suppl2/11-23/pt/>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

BARBOSA, Mayara Lima; CELINO, Suely Deysny de Matos; OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo; PEDRAZA, Dixis FIGUEROA; Costa, Gabriela Maria Cavalcanti.. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 586-592, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127732789005.pdf>>. Acesso em: 12 jul.2016.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator. Belo Horizonte**: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BARSAGLINI, Reni. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401429>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BARSAGLINI, Reni Aparecida; KEHRIG, Ruth Terezinha; ARRUDA, Marcia Bomfim de. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 4, p. 1119-1136, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902015000401119&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2016.

BARSAGLINI, Reni Aparecida; KEHRIG, Ruth Terezinha; ARRUDA, Marcia Bomfim de. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 4, p. 1119-1136, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902015000401119&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 12 jun. 2017.

BATTAGLIA, Claudia *et al.* Benefits of selected physical exercise programs in detention: a randomized controlled study. **International journal of environmental research and public health**, v. 10, n. 11, p. 5683-5696, 2013. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.806.3071&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13 Ed., São Paulo: Editora Vozes Limitada, 2017.

BEACH, Mary Catherine *et al.* What does 'respect' mean? Exploring the moral obligation of health professionals to respect patients. **Journal of general internal medicine**, v. 22, n. 5, p. 692-695, 2007. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-006-0054-7>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

BERGMAN, Marcelo; WHITEHEAD, Laurence. **Criminality, Public Security, and the Challenge to Democracy in Latin America**. Notre Dame: University of Notre Dame, 2009. Disponível em: <<https://www3.nd.edu/~undpress/excerpts/P01300-ex.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

BINSWANGER, Ingrid A. *et al.* "From the prison door right to the sidewalk, everything went downhill," A qualitative study of the health experiences of recently released inmates. **International journal of law and psychiatry**, v. 34, n. 4, p. 249-255, 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252711000628>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BONFIM, Iris Guilherme *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 287-300, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832013000200004&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 09 jun. 2016.

BORÓN, Atilio. Os novos leviatãs e a polis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: As Políticas Sociais e o Estado Democrático**. 7 Ed., São Paulo: Paz E Terra, 2008.

BOURDIEU, Pierre. Meditações pascalinas. Trad. Sérgio Miceli. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised...>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BRASIL. **Lei n. 72210 de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jul. 1984. Disponível em: <<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7210-11-julho-1984-356938-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 5 de outubro de 1988.

_____. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 22 out. 2014.

_____. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 dez. 1990b. Disponível em: <https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>. Acesso em: 22 out. 2014.

_____. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 02 nov. 2017.

_____. **Lei 10.216 de 6 de abril de 2001**. Proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. **Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília (DF), 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 28 jan. 2014.

_____. Portaria Interministerial MS/MJ nº 3.343 de 28 de dezembro de 2006. **Altera os valores do para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências.** Brasília (DF), 2006. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=199255>> . Acesso em: 07 jul. 2016.

_____. Portaria nº 3.270, de 26 de outubro de 2010. **Estabelece o elenco de medicamentos para o atendimento das pessoas presas vinculadas às Equipes de Saúde do Sistema Penitenciário Brasileiro cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília (DF), 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3270_26_10_2010_rep.html>. Acesso em: 07 jul. 2016.

_____. Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** Ministério da Saúde, Brasília, 30 de dezembro de 2010, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em: 2 de novembro de 2016

_____. Portaria GM/MS nº 01 de 02 de janeiro de abril de 2014. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF), 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 28 jan. 2014.

_____. Portaria GM/MS nº 482 de 1º de abril de 2014. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF), 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html>. Acesso em: 7 mai. 2014.

_____. Portaria GM/MS nº 305 de 10 de abril de 2014. **Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP).** Brasília (DF): 2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0305_10_04_2014.html>. Acesso em: 7 mai. 2014.

_____. Portaria GM/MS n. 94, de 14 de janeiro de 2014. **Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF): 2014d.

_____. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. **Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. Brasília (DF), 2014e.** Disponível em:

<http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/ProgramasProjetos/PPM/U_PT-INTERM-MJ-MSPM-210_160114.pdf> Acesso em: 12 jun. 2014.

_____. Portaria GM nº 1.741, de 12 de julho de 2017. **Habilita Municípios a receberem incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP).** Brasília, Ministério da Saúde, 2017.

_____. Resolução conjunta CNPCP-CNCD/LGBT, de 15 de abril de 2014. **Estabelecer os parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil.** Brasília, Ministério da Justiça, 2014f.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de informações Penitenciárias: INFOPEN- Junho de 2014.** Brasília, 2014g. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39), 2014h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão e da regulação do trabalho em saúde. Programa Nacional de **Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas e respostas.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.** 3. Ed. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://cegetes.editora3e.com.br/Arquivos/GTRPS.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Relatório final de atividades da pesquisa sobre reincidência criminal.** Rio de Janeiro: Ipea, 2015. Disponível em: <<http://cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/07/572bba385357003379ffb4c9aa1f0d9.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

_____. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 02 nov. 2017.

BUCKALOO, Bobby J.; KRUG, Kevin S.; NELSON, Koury B. Exercise and the low-security inmate: Changes in depression, stress, and anxiety. **The Prison Journal**, v. 89, n. 3, p. 328-343, 2009. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0032885509339508>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

CAIN, Maureen. Orientalism, occidentalism and the sociology of crime. **British Journal of Criminology**, v. 40, n. 2, p. 239-260, 2000. Disponível em: <<https://academic.oup.com/bjc/article-abstract/40/2/239/611105>>. Acesso em: 18 mai. 2017.

CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. **City of Walls: Crime, Segregation and Citizenship in São Paulo**, Berkley: University of California Press, 2000.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 232-240, 2008. Disponível em: <[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44807208/5010-14770-1-PB.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1523124267&Signature=ErEhoc1evzkHyZLrgMFvIkHsn%2Bs%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRiscos psicossociais no trabalho que pod. pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44807208/5010-14770-1-PB.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1523124267&Signature=ErEhoc1evzkHyZLrgMFvIkHsn%2Bs%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRiscos%20psicossociais%20no%20trabalho%20que%20pod%20levar%20ao%20estresse.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script=sci_arttext&tlng=>>. Acesso em: 27 mai. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 219-230, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232000000200002&script=sci_arttext&tlng=>>. Acesso em: 27 mai. 2014. **2 MESMO ANO – CHECAR SE AMBOS NO TEXTO, MARCAR a, b**

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000. **2 MESMO ANO – CHECAR SE AMBOS NO TEXTO, MARCAR a, b**

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-32, 2006 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000100003>> Acesso em: 15 set. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. 3 Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2007.v12n4/849-859//>>. Acesso em: 15 set. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 399-407, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2007.v23n2/399-407/pt/>>. Acesso em: 15 set. 2016.

CONSTANTINO, Patricia; ASSIS, Simone Gonçalves de; PINTO, Liana Wernersbach. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2089-2100, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n7/2089-2100/pt/>>. Acesso em: 23 out. 2017.

DARKE, Sacha. Inmate governance in Brazilian prisons. **The Howard Journal of Crime and Justice**, v. 52, n. 3, p. 272-284, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hojo.12010/full>> . Acesso em: 17 jul. 2017.

DARKE, Sacha; KARAM, Maria Lucía. Latin American Prisons. In: EWKES, Yvonne; CREWE, Ben; BENNETT, Jamie (Eds.) **Handbook on Prisons**. 2. Ed. Abingdon: Routledge, p. 460-474, 2016.

DEDECCA, Claudio Salvadori; TROVÃO, Cassiano José Bezerra Marques. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/08.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva *et al.* Mindfulness-based stress reduction (MBSR) in perceived stress and quality of life: an open, uncontrolled study in a Brazilian healthy sample. **Explore: The Journal of Science and Healing**, v. 10, n. 2, p. 118-120, 2014. Disponível em: <[http://www.explorejournal.com/article/S1550-8307\(13\)00344-3/abstract](http://www.explorejournal.com/article/S1550-8307(13)00344-3/abstract)>. Acesso em: 06 jan. 2018.

DIAS, Camila Caldeira Nunes. Evangélicos no cárcere: representação de um papel desacreditado. **Debates do NER**, v. 2, n. 8, 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/debatesdoner/article/viewFile/2758/2028>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

DIAS, Camila Caldeira Nunes; DARKE, Sasha. From Dispersed to Monopolized Violence: Expansion and Consolidation of the Primeiro Comando da Capital's Hegemony in São Paulo's Prisons. **Crime, Law and Social Change**, v. 63, n.. 5, 2015. Disponível em: <<https://ssrn.com/abstract=2810767>>. Acesso em 18 ago. 2017.

DIUANA, Vilma *et al.* Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. 8, p. 1887-1896, 2008. Disponível em: <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF7/005333_Cad.%20Sa%C3%BAdede%20P%C3%BAblica%20017.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2016.

EBERHARDT, Leonardo Dresch; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341749003.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

ELWOOD, Ruth Martin *et al.* Incarcerated women develop a nutrition and fitness program: participatory research. **International journal of prisoner health**, v. 9, n. 3, p. 142-150, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1108/IJPH-03-2013-0015>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

FARIA, Helaynne Ximenes; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 16, n. 1, p. 142-156, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/7880/8495>>. Acesso em: 13 out. 2016.

FAZEL, Seena; SEEWALD, Katharina. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. **The British Journal of Psychiatry**, vol. 200, n. 5, p. 364-373, 2012. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/200/5/364.full.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2017.

FAZEL, Seena *et al.* Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 9, p. 871-881, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5008459/>>. Acesso em: 23 set. 2017.

FEREDAY, Jennifer; MUIR-COCHRANE, Eimear. . Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. **International journal of qualitative methods**, v. 5, n. 1, p. 80-92, 2006. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/160940690600500107>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

FERNANDES, Luiz Henrique *et al.* Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 275-283, 2014. Disponível em:<https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0275.pdf >. Acesso em: 07 abr. 2017.

FERNANDES, Rita de Cássia Pereira *et al.* Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 807-816, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000300024&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 mai. 2017.

FILGUEIRAS, Vitor Araújo; CAVALCANTE, Sávio Machado. Terceirização: debate conceitual e conjuntura política. **Revista da ABET**, v. 14. n. 01, p. 15-36, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/abet/article/view/25699/13875>>. Acesso em: 15 out. 2017.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, Mar. 2012 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORTES, Sandra; BALLESTER, Dinarte. Saúde mental e Estratégia de Saúde da Família, construção da integralidade,. In: BRASIL, Marco Antônio Alves. *et al.* **Psicologia médica, a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012 p. 266-270.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento da prisão**. 42ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FRANCO, Maria Amélia Santoro. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3>>. Acesso em: 27 ago. 2016.

FRAZIER, Beverly D. *et al.* The impact of prison deinstitutionalization on community treatment services. **Health & justice**, v. 3, n. 1, p. 9, 2015. Disponível em: <

<https://healthandjusticejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40352-015-0021-7>>. Acesso em: 27 ago. 2016.

FREUDENBERG, Nicholas; HELLER, Daliah. A review of opportunities to improve the health of people involved in the criminal justice system in the United States. **Annual review of public health**, v. 37, p. 313-333, 2016. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-publhealth-032315-021420>. Acesso em: 27 ago. 2017.

GARCES, Chris. Denuding surveillance at the carceral boundary. **South Atlantic Quarterly**, v. 113, n. 3, p. 447-473, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1215/00382876-2692146>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

GATHERER, Alex; MOLLER, Lars; HAYTON, Paul. The World Health Organization European health in prisons project after 10 years: persistent barriers and achievements. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 10, p. 1696-1700, 2005. Disponível em: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2003.057323>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000300014&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 09 jul. 2017.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. Ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOIFMAN, Kiko. **Valetes em slow motion** – a morte do tempo na prisão: imagens e textos. Campinas: Unicamp, 1998.

GOIS, Swyanne Macêdo, SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; Gaudêncio, Mércia Maria de Paiva. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1235-1246, 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39693/S1413-81232012000500017.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 out. 2017.

GUNTER, Tracy D.; ARNDT, Stephan; WENMAN, Gloria; ALLEN, Jeff; LOVELESS, Peggy; SIELENI, Bruce; BLACK, Donald W. Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: use of the MINI-Plus. **Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online**,

v. 36, n. 1, p. 27-34, 2008. Disponível em: <<http://jaapl.org/content/jaapl/36/1/27.full.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

HARVEY, David. **Os limites do capital**. São Paulo: Boitempo, 2015.

HEILBORN, Maria Luiza. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. A.; MARSIGLIA, R. M. G. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 197-208, 2003.

HIRDES, Alice; SILVA, Maira Kelly Rosa da. Matrix support in mental health in Primary Health Care: Barriers and facilitating factors. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 34, n. 4, p. 499-511, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2017000400499&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 nov. 2017.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 297-305, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2009.v14n1/297-305/>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

HUMAN RIGHTS WATCH. The State Let Evil Take Over The Prison Crisis in the Brazilian State of Pernambuco. **Brazil Events of 2015. New York, NY: Human Rights Watch, 2016**. Disponível em: <<https://www.hrw.org/report/2015/10/19/state-let-evil-take-over/prison-crisis-brazilian-state-pernambuco>> Acesso em: 07 jan. 2017.

JASKOWIAK, Caroline Raquele; FONTANA, Rosane Teresinha. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 235-243, Apr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000200235&script=sci_arttext&lng=es> Acesso em: 02 nov. 2017.

JESUS, Luciana Oliveira de; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 78-93, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000100007>. Acesso em: 26 jun. 2016.

JESUS, Luciana Oliveira de; SCARPARO, Helena Beatriz K.; LERMEN, Helena Salgueiro. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. **Aletheia**, n. 41, p. 39-52, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em : 26 jun. 2016.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em

centros de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1543-1561, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010373312012000400015&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 19 set. 2017.

KALLEBERG, Arne L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n. 69, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v24n69/02>>. Acesso em: 13 out. 2016.

KARAM, Maria Lucia. Violência, militarização e 'guerra às drogas'. In: KUCINSKI, Bernardo *et al.* **Bala Perdida: a violência policial no Brasil e os desafios para sua superação**. São Paulo: Boitempo, 2015, p. 33-38.

KARSTEDT, Susanne. Comparing cultures, comparing crime: Challenges, prospects and problems for a global criminology. **Crime, Law and Social Change**, v. 36, n. 3, p. 285-308, 2001. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1012223323445>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

KELLE, Udo. Análise com auxílio de um computador: codificação e indexação. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2017. p. 393–415.

KINNER, Stuart A. *et al.* Low-intensity case management increases contact with primary care in recently released prisoners: a single-blinded, multisite, randomised controlled trial. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 70, n. 7, p. 683-688, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26787201>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

KOPITTKE, Luciane; SCHULTZ, Águida Luana. Veriato. ; EINLOFT, Fernanda. Miranda. *et al.* **Guia de Gestão Autônoma da Medicação: Guia adaptado para usuários com Diabetes Mellitus**. 1. ed. Porto Alegre: Ministério da Saúde / Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017.

KOSTER, Isabella. **A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. 208f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4837>>. Acesso em: 13 out. 2016.

LACK, Sarah; NODDINGS, Robert; HEWLETT, Sarah.. Men's experiences of rheumatoid arthritis: an inductive thematic analysis. **Musculoskeletal Care**, v. 9, n. 2, p. 102-112, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/msc.203/full>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

LAMB, H. Richard; WEINBERGER, Linda E.; GROSS, Bruce H. Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: A review. **Psychiatric services**, v. 50, n. 7, p. 907-913, 1999. Disponível em: < <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.50.7.907>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

LARNEY, Sarah *et al.* Variation in mortality risk of people released from prison. **The Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 8, p. 681, 2015. Disponível em: < [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(15\)00235-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(15)00235-7.pdf)>. Disponível 28 set. 2017.

LEE, Maggy; LAIDLER, Karen Joe. Doing criminology from the periphery: Crime and punishment in Asia, **Theoretical Criminology**, v. 17, n. 2, p. 141-157, 2013. Disponível em: < <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1362480613476790>>. Acesso em: 19 mai. 2017.

LEITE, Maynar Patricia Vorga. **No limite: a invenção de si no espaço prescrito e proscrito da prisão**, 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

LERMEN, Helena Salgueiro *et al.* Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 905-924, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n3/905-924/pt/>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

LEUTWYLER, Heather; HUBBARD, Erin; ZAHND, Elaine. Case management helps prevent criminal justice recidivism for people with serious mental illness. **International journal of prisoner health**, v. 13, n. 3/4, p. 168-172, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28914124>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

LIPP, Marilda Emmanuel **Novaes. Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

LOPES, Rosalice. O Cotidiano da Violência: o Trabalho do Agente de Segurança Penitenciária nas Instituições Prisionais. **Psicologia para a América Latina**, México, v.1, n. 0, pp.15-22, 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n0/n0a04.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2017.

LOPES, Vanessa Alves. **Experiência de profissionais de saúde em unidade prisionais em Cuiabá/MT**. Dissertação (mestrado). PPG Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Mato Grosso, 2014. Disponível em: <http://ri.ufmt.br/bitstream/1/479/1/DISS_2014_Vanessa%20Alves%20Lopes.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2017.

MACAULAY, Fiona. Modes of prison administration, control and governmentality in Latin America: adoption, adaptation and hybridity. **Conflict, Security & Development**, v. 13, n. 4, p. 361-392, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/14678802.2013.834114>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

MACHADO, Dana Karine de Sousa; CAMATTA, Marcio Wagner. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. **Cad Saude Colet**, v. 21, n. 2, p. 224-32, 2013. Disponível em: <<http://rpcadm.hospitalmoinhos.org.br/Arquivos/da062fcb-f0c9-42bf-8d2a-b5ed4c8c5718.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2016.

MAGALHÃES, Daniella Santos. A judicialização dos direitos sociais como consequência da falta de efetividade das políticas públicas apresentadas pelos poderes legislativo e executivo. **Rev. Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 107, 2012. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_%20leitura&artigo_id=12526>. Acesso em: 23 jun. 2017.

MANNOCCI, Alice *et al.* The relationship between physical activity and quality of life in prisoners: a pilot study. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, v. 56, n. 4, p. 172-175, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753818/>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

MARCELINO, Paula; CAVALCANTE, Sávio. Por uma definição de terceirização. **Caderno CRH** v. 25, n. 65, 2012. p. 331-346. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v25n65/v25n65a10.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseli, MATTOS, Ruben Araújo (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. Ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009. p.43-68.

MARTINS, Élide Lúcia Carvalho; MARTINS, Luciana Gomes; SILVEIRA, Andréa Maria; MELO, Elza Machado de. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1222-1234, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1222.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

MATTHEWS, Roger. **Pagando el tiempo**: una introducción a la sociología del encarcelamiento. Barcelona: Bellaterra, 2003.

MCDONALD, Kathryn M. *et al.* **Care Coordination Atlas Version**. Rockville: AHRQ Publication; 2014. Disponível em:

<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2018.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1165-1184, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n4/1165-1184/pt/>>. Acesso em: 15 jul.2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/a-construcao-social-da-aps-mendes-2015-1.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2015.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 59-72. Disponível em: <file:///C:/Users/miriamdias/Downloads/Livro1completoAvaliacao_compartilhada_vol1_web.pdf>. Acesso em: 08 set. 2017.

MICHEL, Laurent. Drug use in prisons: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2081-2088, July 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.28442015>>. Acesso em: 19 set. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 Ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63046188005/>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

MORAES, Pedro R. *Bodê de*. A identidade e o papel de agentes penitenciários. São Paulo. **Tempo Social – revista de Sociologia da USP**. v. 25, n.1. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/69036>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

NELSON, Meredith; SPECIAN, Victoria L.; TRACY, Nancy Campbell Tracy; DEMELLO, Jesse. The Effects of Moderate Physical Activity on Offenders in a Rehabilitative Program. **Journal of Correctional Education**, v. 57, n. 4, p. 276, 2006. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/23282802?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 02 abr. 2017.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). **Rapid review of evidence of the impact on health outcomes of NHS commissioned health services for people in secure and detained settings to inform future health interventions and prioritisation in England**. England: Public Health England, 2016. Disponível em: <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/565231/Rapid_review_health_outcomes_secure_detained_settings.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

NOGUEIRA, R. P. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. **Serviço Social e Sociedade**, v. 87, p. 147-62, 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/nesp/sistema/banco/20060821044244_prob_gest_regu_l_trabsus.pdf>. Acesso em: 13 abr . 2015.

OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti; MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva. Envelhecimento: significado para idosos encarcerados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 139-148, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838809014.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

OLIVEIRA, Mônica Martins; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63033062026/>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 187-206, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n2/187-206/pt/>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

OLMO, Rosa del. The development of criminology in Latin America. **Social Justice**, v. 26, n. 2 (76, p. 19-45, 1999. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/29767133?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em 25 de jul. 2017.

ONOCKO CAMPOS; Rosana Teresa; PASSOS; Eduardo; PALOMBINI; Analice *et al.*. **Gestão autônoma da medicação** – Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2014.

OVIEDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 237-250, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008

PANICHI, Renata Maria Dotta. **The right to health: women in prison and mental health**. 2014. Tese de Doutorado [Doutorado em Ciências da Saúde].– Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, p. 129, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/301/1/Panichi%2c%20Renata%20Maria%20Dotta_Tese.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017.

PANICHI, Renata Maria Dotta; BINS, Helena D.; TRAMONTINA, Juliana F.; CERESÉR, Keila M.; AGUIAR, Bianca W. de; PAZ, André C; TABORDA, José G.. Serum concentrations of brain-derived neurotrophic factor and mental disorders in imprisoned women. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 2, p. 113-120, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462015000200113&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 mar. 2017.

PASE, Paola Fagundes. **O recorte de gênero no trabalho em saúde em um estabelecimento prisional feminino**. Dissertação de Mestrado [Mestrado em Psicologia].– Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

PAULA, Weslla Karla Albuquerque Silva *et al.* Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3610/361046884021/>> . Acesso em: 09 jul. 2017.

PAULON, Simone Mainiere *et. al.* Desinstitucionalização nos manicômios judiciários: quem se assegura com a medida de segurança? In: OLIVEIRA, Walter Ferreira de; PITTA, Ana Maria Fernandes; AMARANTE, Paulo. (Org.). **Direitos Humanos e Saúde Mental**. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2017, v. 1, p. 356-380.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI; Francini Lube; MACHADO, Felipe Rangel S.; GOMES, Rafael da Silveira. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA,(Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO; 2005. p. 11-31.

PIRES, Álvaro P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, Jean *et al.* (Eds.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 154–211.

PRADO, Alessandra Rapacci Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo Oitaven. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, v. 13, n.

2, p. 628-652, 2017. Disponível em: <
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/70852/68275>>.
Acesso em: 19 jan. 2018.

QSR INTERNATIONAL. **Getting Started Guide**: 1999-2014. QSR International Pty Ltd., 2014 Disponível em:
<<http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo10/NVivo10-Getting-Started-Guide-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3 Ed., São Paulo: Atlas, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Justiça e da Segurança. Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Susepe é o 1º órgão do Estado a criar programa de prevenção da saúde do servidor. 2003**. Disponível em:
<http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=4&cod_conteudo=1370>.
Acesso em: 27 set. 2017.

_____. Secretaria da Saúde. Secretaria da Justiça e da Segurança. **Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, Superintendência dos Serviços Penitenciários, 2005. Não publicado. Documento de acesso restrito

_____. Resolução CIB RS nº 101/2006. Porto Alegre, 2006a. Disponível em: <
<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170249/23104902-1340816865-cibr101-06.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

_____. Resolução CIB RS nº 179/2006. **Aprovar o Termo de Compromisso dos municípios que assumem a gerência de saúde das Unidades de Saúde Prisional**, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Justiça e Segurança. Porto Alegre, 2006b. Disponível em:
<<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170249/23104948-1340820131-cibr179-06.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

_____. Resolução CIB RS nº 54/2010. **Aprovar a alteração do valor anual do Incentivo Financeiro Estadual para implementação de Equipes Municipais de Saúde Prisional**. Porto Alegre, 2010. Disponível em:
<http://antigo.ses.rs.gov.br/upload/1340209490_cibr054_10.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

_____. Resolução CIB/RS nº 257/2011. **Aprovar a alteração do Incentivo Estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias** com mais de 100 pessoas presas. Porto Alegre, 2011a. Disponível em: <
<http://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114725-20141108004259resolucao-cib-257-2011.pdf>> . Acesso em: 18 out. 2013.

_____. Resolução CIB RS nº 453/2011. Porto Alegre, 2011b. Disponível em: <http://antigo.ses.rs.gov.br/upload/1340040328_cibr453_11.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

_____. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual da Saúde 2016-2019**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde; Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

_____. **Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde**. PIM no Contexto Prisional inicia planejamento com municípios. **Porto Alegre: DAS/SES-RS, 2018. Disponível em:** <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/pim-no-contexto-prisional-inicia-planejamento-com-municipios/>>**Acesso em: 28 mar. 2018.**

_____. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Área Técnica de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional. **Relatório Técnico: panorama da Atenção Básica no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DAS/SES-RS, 2017. Não publicado. Documento de acesso restrito

_____. Secretaria da Justiça e da Segurança. Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Susepe realiza levantamento das principais atividades de inclusão social de 2017**. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=4&cod_conteudo=3353>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. Secretaria da Justiça e da Segurança. Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Índice de encarceramento no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: SUSEPE, 2016.

_____. Secretaria da Justiça e da Segurança. Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Índice de Retorno ao Sistema Prisional do RS**. Porto Alegre: SUSEPE, 2017. Disponível em <http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=39>. Acesso em: 12 dez. 2017.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 343-352, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n2/343-352/pt/>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

ROSANVALLON, Pierre. **The society of equals**. Harvard University Press, 2013.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

RUMIN, Cassiano Ricardo; BARROS, Gislaine Ilesiméa Faria; CARDOZO, Willian Rogério; CAVALHERO, Roseli; ATELLI, Rafaela. O sofrimento Psíquico no trabalho de vigilância em prisões. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 31, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2820/282021809016/>>. Acesso em: 07 abr. 2017.

SÁ E SILVA, Fábio A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In: COSTA, Alexandre B *et al.* (Org.). **O Direito Achado na Rua** – Introdução Crítica ao Direito à Saúde. Brasília, DF: CEAD/UnB, 2008, p. 241-252.

SALDAÑA, Johnny. **The coding manual for qualitative researchers**. 3 Ed., London: Sage, 2016.

SALLA, Fernando. As rebeliões nas prisões: novos significados a partir da experiência brasileira. **Sociologias**, n.16, p.274-304, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86819555011>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

_____. De Montoro a Lembo: as políticas penitenciárias de São Paulo. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v.1, n.1, p.72-90, 2007. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down157.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

SALVATORE, Ricardo D.; AGUIRRE, Carlos; JOSEPH, Gilbert M. **Crime and punishment in Latin America: law and society since late colonial times**. Duke University Press, 2001.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00172214, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2016000300708&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 12 jun. 2017.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00172214, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2016000300708&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 12 jun. 2017.

SANTOS, Fernanda de Jesus *et al.* Saúde no Sistema Penitenciário: o que falam os trabalhadores de enfermagem. **Cultura de los Cuidados**, v. 19, n. 41, 2015.

SANTOS, Maria Mende; ANDREOLI, Sérgio Baxter; Abdalla-Filho, Elias. Taborda, José G. V.. Transtorno Mental e Prisão. In: TABORDA, José G. V.; ABDALLA-FILHO, Elias; Chalub, Miguel. **Psiquiatria Forense**. 3ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SCHULTZ, Águida Luana Vertiato *et al.* **Apoio institucional às equipes de Atenção Básica prisional: contribuição da inserção da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva na Gestão Estadual de Saúde Prisional do Rio Grande do Sul**, 2014. Disponível em: <<https://anais.unicentro.br/cis/pdf/iiv2n1/332.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

SEIDL, Helena, VIEIRA, Swheelen de Paula, FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues, LIMA, Rita de Cassia Duarte; GAGNO, Juliana. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 94-108, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341750008.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

SILVA, Martinho Batista; Braga. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política**. Brasília: Verbena, 2015.

_____, Martinho Batista; Braga, Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2021-2030, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000702021&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 jun. 2017

SILVA, Simone Albino; BAITILO, Tamara Cristina; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/106171/104850>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

SILVEIRA, Denise Silva da *et al.* Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. 2010. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/23/Silveira%20e%20cols%20c%202010%20-%20Gest%C3%A3o%20do%20trabalho.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 out. 2016.

SILVER, Joanna; REAVEY, Paula; ANNE FINEBERG, Naomi. How do people with body dysmorphic disorder view themselves? A thematic analysis. **International journal of psychiatry in clinical practice**, v. 14, n. 3, p. 190-197, 2010. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13651501003735492>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

SIMÕES, Katiuska Gloria. Etnografia na Ala Feminina da Cadeia Pública de Cascavel-PR. **Ponto Urbe: Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, n. 14, 2014. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/pontourbe/1691>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

SOARES-FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, .2016a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000701999&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2017.

SOUZA, Mônica Oliveira da Silva; PASSOS, Joanir Pereira. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 3, p. 417-23, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a04>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. 1a Ed. Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002.

STOCK, Bárbara Sordi; PANICHI, Renata Maria Dotta; FUZINATTO, Aline Mattos. Privar-les de llibertat és privar-les de salut?: Interlocucions entre gènere, salut pública i presó a partir de l'experiència d'un equip d'atenció bàsica. **Papers: revista de sociologia**, v. 102, n. 2, p. 337-371, 2017. Disponível em: <https://ddd.uab.cat/pub/papers/papers_a2017v102n2/papers_a2017v102n2p337.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2017.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 18 Ed., São Paulo: Cortez, 2011.

TIERNEY, Stephanie; FOX, John R.E. Living with the anorexic voice: a thematic analysis. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 83, n. 3, p. 243-254, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/147608309X480172/full>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

THOMPSON, Augusto. **A questão penitenciária**. 5.ed. rev. Atual. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa. Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. Disponível em: <<http://pesquisaemeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/81004715/pesquisa%20a%C3%A7%C3%A3o%20metodologia.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

UNGAR, Mark. Prisons and politics in contemporary Latin America. **Human Rights Quarterly**, v. 25, n. 4, p. 909-934, 2003. Disponível em:

<<http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/hurg25&div=46&id=&page=>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

VALENÇA, Mariana Soares; POSSUELO, Lia Gonçalves; CEZAR-VAZ, Marta Regina; SILVA, Pedro Eduardo Almeida da. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2147-2160, July 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702147&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 23 out. 2017.

VARELLA, Drauzio. **Estação Carandiru**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

VIEIRA, Evaldo Amaro. **A República brasileira 1951-2010: de Getúlio a Lula**. Cortez Editora, 2015.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. El sistema penal en los países de América Latina. In: ARAÚJO, J.M. (org.): **Sistema Penal para o Terceiro Milênio**. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **El Enemigo en el Derecho Penal**. Madrid: Dykinson, 2006.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em busca das penas perdidas: a perda de legitimidade do sistema penal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Sede de vingança: Função do Direito Penal é limitar o poder punitivo**. [Entrevista realizada em 5 de julho de 2009]. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2009-jul-05/entrevista-eugenio-raul-zaffaroni-ministro-argentino>>. Acesso em: 02 mai. 2016.

ZLODRE, Jakov; FAZEL, Seena. All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis. **American journal of public health**, v. 102, n. 12, p. e67-e75, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3519300/>. Acesso em: 23 set. 2017.

WACQUANT, Loïc. **Entrevista Loïc Wacquant: A criminalização da pobreza**. Mais Humana, dez., 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/maishumana/loic1.htm>> . Acesso em: 19 mai. 2016.

WACQUANT, Loïc. **As Prisões da Miséria**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2001.

WACQUANT, Loïc. Toward a dictatorship over the poor? Notes on the penalization of poverty in Brazil. **Punishment & Society**, v. 5, n. 2, p. 197-205, 2003. Disponível

em: < <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/146247450352004t>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

WACQUANT, Loïc. The militarization of urban marginality: lessons from the Brazilian metropolis. **International Political Sociology**, v. 2, n. 1, p. 56-74, 2008. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-5687.2008.00037.x/abstract>> . Acesso em: 19 mai. 2016.

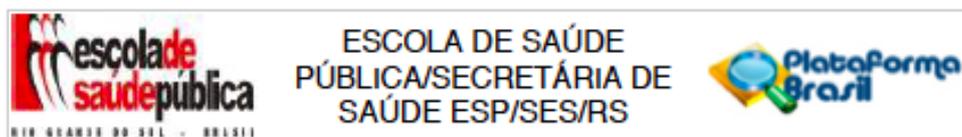
WALMSLEY, Roy. **World Prison Population List, 41th edn.**, International Centre for Prison Studies, 2017. Disponível em: < <http://www.prisonstudies.org/research-publications>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health.** Copenhagen: Organization Regional Office for Europe, 2007. Disponível em: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Status paper on prisons, drugs and harm reduction.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107641>> Acesso em: 22 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2016.

ANEXO A – PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional

Pesquisador: Renata Maria Dotta Panichi

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40678115.1.0000.5312

Instituição Proponente: SECRETARIA DA SAUDE

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.043.993

Data da Relatoria: 29/04/2015

Apresentação do Projeto:

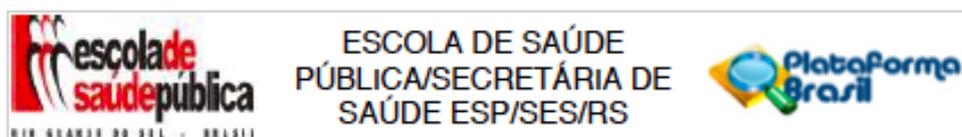
Projeto apresentado pela Secretaria Estadual da Saúde consiste em uma "pesquisa-ação do tipo descritiva exploratória, (...) tendo como local de pesquisa a Penitenciária [REDACTED]". Prevê a realização de "quatro grupos focais com os profissionais da equipe de saúde pré e pós-intervenção que serão gravadas em áudio e transcritas. A coleta de dados durante a intervenção se dará a partir do relato em diário de campo dos encontros de apoio matricial. (...) Com os resultados da pesquisa a autora buscará "a construção de diretrizes específicas para a elaboração da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da População Feminina do Sistema Prisional" que apresenta na metodologia a pesquisa-ação, com uso de grupo focal com os trabalhadores".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Conhecer o acesso e as ações e serviços de saúde ofertados as mulheres privadas de liberdade na Penitenciária [REDACTED], bem como favorecer a qualificação das ações de cuidado em saúde mental a partir da intervenção do Apoio Matricial em Saúde Mental na Equipe de Atenção Básica.

Objetivos específicos:

Endereço: Av. Ipiranga, 6311
Bairro: Partenon **CEP:** 90.610-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3901-1532 **Fax:** (51)3901-1509 **E-mail:** cep-esp@saude.rs.gov.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional

Pesquisador: Renata Maria Dotta Panichi

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40678115.1.0000.5312

Instituição Proponente: SECRETARIA DA SAUDE

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.043.993

Data da Relatoria: 29/04/2015

Apresentação do Projeto:

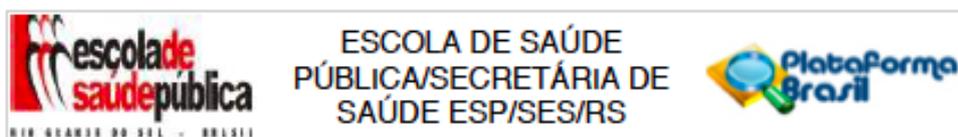
Projeto apresentado pela Secretaria Estadual da Saúde consiste em uma "pesquisa-ação do tipo descritiva exploratória, (...) tendo como local de pesquisa a Penitenciária [REDACTED]. Prevê a realização de "quatro grupos focais com os profissionais da equipe de saúde pré e pós-intervenção que serão gravadas em áudio e transcritas. A coleta de dados durante a intervenção se dará a partir do relato em diário de campo dos encontros de apoio matricial. (...) Com os resultados da pesquisa a autora buscará "a construção de diretrizes específicas para a elaboração da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da População Feminina do Sistema Prisional" que apresenta na metodologia a pesquisa-ação, com uso de grupo focal com os trabalhadores".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Conhecer o acesso e as ações e serviços de saúde ofertados as mulheres privadas de liberdade na Penitenciária [REDACTED], bem como favorecer a qualificação das ações de cuidado em saúde mental a partir da intervenção do Apoio Matricial em Saúde Mental na Equipe de Atenção Básica.

Objetivos específicos:

Endereço: Av. Ipiranga, 6311
 Bairro: Partenon CEP: 90.610-001
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3901-1532 Fax: (51)3901-1509 E-mail: cep-esp@sauda.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 1.043.963

- a) Identificar as ações de saúde implementadas às mulheres presas na Penitenciária
- b) Verificar a frequência do uso de medicamentos psicotrópicos na Penitenciária
- c) Contribuir para a construção de novos dispositivos de gestão para qualificação do trabalho das Equipes de Atenção Básica instaladas nos Estabelecimentos Prisionais que atendam mulheres privadas de liberdade no sistema prisional do Rio Grande do Sul
- d) Verificar os tipos de violência de gênero sofrido pelas mulheres antes e/ou durante a permanência na prisão a partir da análise de prontuários.
- e) Conhecer o perfil sócio demográfico e penal de mulheres em situação de privação de liberdade da Penitenciária Feminina Madre Pelletier a partir de dados secundários disponibilizados no INFOPEN.

Hipótese: O atendimento em saúde mental para mulheres privadas de liberdade não está inserido na rede de atenção em saúde e serviços psicossociais territoriais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador aponta que o estudo não apresentará, qualquer risco de ordem física ou psicológica. No entanto, alguns sentimentos poderão ser mobilizados em decorrência da lembrança de fatos relacionados ao cotidiano de trabalho. Como benefício é destacado a qualificação dos processos de trabalho da equipe da EABP de . Levantamento de diretrizes para criação da linha de cuidado para atenção integral à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que pode contribuir para a qualificação dos processos de trabalho e com subsídios para atenção integral à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional.

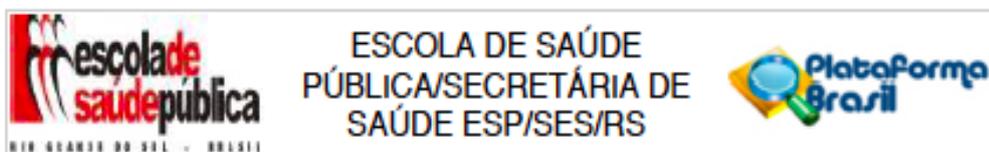
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de aceite de acesso a documentos institucionais: adequado

Termo de ciência e autorização do coordenador(a) do serviço onde será realizada a pesquisa: adequado

TCLE: adequado

Endereço: Av. Ipiranga, 6311
 Bairro: Partenon CEP: 90.610-001
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3901-1532 Fax: (51)3901-1509 E-mail: cep-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 1.043.963

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram feitas adequações ao projeto de pesquisa, atendendo à pendências conforme parecer anterior

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O telefone do CEPS-ESP/RS para maiores esclarecimentos é o 51 39011532.

PORTO ALEGRE, 30 de Abril de 2015

Assinado por:
Maria Elida Machado
 (Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6311
 Bairro: Partenon CEP: 90.610-001
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3901-1532 Fax: (51)3901-1509 E-mail: cep-esp@saude.rs.gov.br

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora **Aguida Luana Veriato Schultz**, que está sob orientação da Profa. Miriam Thais Guterres Dias, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o uso do banco de dados gerados pela pesquisa intitulada "**A situação das mulheres privadas de liberdade e o apoio matricial em saúde mental a equipes de atenção básica inseridas no sistema prisional**", financiada pela financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), sob o Edital: "Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), 2013-215"

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos via Plataforma Brasil.

Porto Alegre, 05 de maio de 2016.


Renata Maria Dotta Panichi/SES-RS

ANEXO C – PARECER COMISSÃO DE PESQUISA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UFRGS

Prezado Pesquisador MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS,

Informamos que o projeto de pesquisa O apoio matricial em saúde mental: Um olhar para a Atenção Integral à saúde das Mulheres Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. encaminhado para análise em 04/07/2016 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Psicologia com o seguinte parecer:

Prezada Pesquisadora, MÍRIAM THAÍS GUTERRES DIAS,

Informamos que o projeto de pesquisa, O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: UM OLHAR PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL, encaminhado para análise, preenche os requisitos em conformidade com a Resolução 01/2013 da Campesq.

Fundamentação Teórica, pertinência e valor científico do estudo.

Projeto de pesquisa fruto de dissertação de mestranda do PPG Política Social e Serviço Social no qual apresenta fundamentação teórica consistente e atual. O tema é pertinente e relevante porque o estudo vem contribuir no adensamento do desenvolvimento de duas pesquisas científicas de extrema relevância no que se refere à produção de conhecimento sobre a saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional brasileiro. O primeiro foi um estudo investigativo de nível estadual intitulado "A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional", com o objetivo de conhecer as formas de acesso, ações e serviços de saúde ofertados às mulheres privadas de liberdade em uma Penitenciária Feminina localizada Região Metropolitana do Rio Grande do Sul. Estudo misto do tipo descritivo que teve como metodologia o Apoio Matricial em Saúde Mental, como dispositivo para contribuir com a qualificação das ações de cuidado em saúde mental ofertadas pela Equipe de Atenção Básica prisional às mulheres privadas de liberdade. O segundo estudo intitulado "Inquérito Nacional de Saúde na população penitenciária feminina e de servidoras prisionais" é uma pesquisa mista, transversal e de abrangência nacional, coordenada pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) do Ministério da Justiça, cujo objetivo é o de avaliar as condições de saúde, no que diz respeito às doenças transmissíveis e não transmissíveis mais prevalentes na população de mulheres privadas de liberdade e servidoras prisionais nas penitenciárias, presídios, cadeias e similares a fim de subsidiar a implantação e implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, bem como contribuir para o controle e redução dos agravos mais frequentes à saúde desses segmentos sociais. Destaca-se ainda, sua relevância pela necessidade de exposição sobre o encarceramento feminino as interseções de raça/etnia e classe social na medida em que auxiliará na análise crítica de como a política de saúde, por meio do uso da metodologia do Apoio Matricial em saúde mental, poderá contribuir com a construção de ações integradas que rompam com a fragmentação e o reducionismo no atendimento às necessidades sociais e de saúde

Objetivos

Geral

- Analisar como a utilização da metodologia de apoio matricial em saúde mental pode contribuir para a atenção integral à saúde das mulheres privadas de liberdade, a fim de fornecer subsídios para a qualificação do Serviço de Atenção Primária à Saúde no sistema prisional;

Específicos:

- Identificar a sistemática de atendimento de uma Unidade Básica de Saúde prisional e quais as principais demandas em saúde mental atendidas;
- Verificar de que forma ocorre a articulação entre o serviço de atenção básica prisional e demais serviços setoriais e intersetoriais para a atenção integral à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional;
- Analisar como o apoio matricial em saúde mental no sistema prisional pode contribuir para gestão do trabalho interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial.

Metodologia e Viabilidade de Execução:

É um estudo qualitativo do tipo descritivo e o método de investigação é o dialético-crítico baseado no materialismo histórico-dialético, bem como nos fundamentos feministas (especialmente do feminismo interseccional) e da criminologia crítica. Este projeto de dissertação integra uma pesquisa maior, "A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional", no qual a mestranda pesquisadora participou desta pesquisa desde o processo de elaboração quanto de execução, na fase de coleta de dados. Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados no período de 2014 e 2015 e localizam-se armazenados em um banco de dados, cuja metodologia utilizada contribuiu para a qualificação do serviço ofertado às mulheres privadas de liberdade, - o apoio matricial, proposto enquanto metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde, comumente utilizada em serviços do SUS, neste caso considerando as especificidades da prisão. A proposta de execução para este projeto de pesquisa será o tratamento analítico dos dados qualitativos por meio da análise textual discursiva que foram coletados e armazenados em banco de dados, a partir das informações obtidas nas reuniões de grupo focal, discussão de caso e seminários de educação permanente, que geraram 88 páginas transcritas. Também será objeto de análise, as escritas dos pesquisadores nos diários de campos. Nessa metodologia a partir das transcrições há possibilidade de localizar os diferentes metatextos que revelam as experiências dos profissionais de saúde que trabalham em um contexto de prisão.

Cronograma

Adequado à pesquisa e exequível para o período pretendido.

Atenciosamente,

Comissão de Pesquisa de Psicologia

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa na qual você irá participar de quatro grupos focais e uma ação de intervenção que ocorrerá a cada 15 dias no seu local de trabalho. A sua participação é totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder a alguns questionamentos, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. O objetivo principal do estudo é conhecer o acesso e as ações e serviços de saúde ofertados às mulheres privadas de liberdade na Penitenciária [REDACTED], bem como favorecer a qualificação das ações de cuidado em saúde mental a partir da intervenção do Apoio Matricial em Saúde Mental na Equipe de Atenção Básica. Os objetivos específicos são: A) Identificar as ações de saúde implementadas às mulheres presas na Penitenciária [REDACTED]; B) Verificar a frequência do uso de medicamentos psicotrópicos na Penitenciária [REDACTED] a partir da análise de prontuários; C) Contribuir para a construção de novos dispositivos de gestão para qualificação do trabalho das Equipes de Atenção Básica instaladas nos estabelecimentos prisionais que atendam mulheres privadas de liberdade no sistema prisional do Rio Grande do Sul; D) Verificar os tipos de violência de gênero sofrido pelas mulheres antes e/ou durante a permanência na prisão a partir da análise de prontuários; E) Conhecer o perfil sócio demográfico e penal de mulheres em situação de privação de liberdade da Penitenciária [REDACTED] a partir de dados secundários disponibilizados no INFOPEN. Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e consistirá em sua participação em três momentos distintos: a) participar de dois grupos focais pré-intervenção com o objetivo de conhecer as ações, serviços e o processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde; b) participar do apoio matricial em saúde mental, propriamente dito, que consistirá em reuniões quinzenais da equipe de saúde com a equipe matriciadora por um período de 6 meses; c) participar de dois grupos focais pós-intervenção com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção na qualificação das ações e serviços da UBS. Todas as etapas do trabalho ocorrerão na Unidade Básica de Saúde localizada na Penitenciária Feminina [REDACTED], com a duração de aproximadamente 120 minutos cada encontro. Benefícios: Esta pesquisa trará como benefício maior conhecimento sobre o tema abordado e o levantamento de informações para a construção de diretrizes para criação

da linha de cuidado para atenção integral à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional. **Riscos.** A participação neste estudo, a priori, não prevê riscos de ordem física para você. Todavia, alguns temas abordados podem, eventualmente, gerar desconforto por isso você poderá negar-se a responder e desistir a qualquer momento mesmo que tenha concordado em participar da pesquisa sem que isso acarrete qualquer ônus. Assim, os participantes que eventualmente apresentarem necessidade serão escutados e orientados à rede de tratamento. **Sigilo.** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Com a sua autorização prévia, iremos gravar os encontros em áudio. Essas gravações terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis e serão guardadas em sigilo pelo tempo de 5 anos e após totalmente destruídas (conforme preconiza a Resolução 468/12). O Título do estudo é: A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental à Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional. Caso você queira tirar qualquer dúvida a pesquisadora responsável é Renata Maria Dotta Panichi, da Secretaria Estadual de Saúde / Departamento de ações em saúde, telefone para contato: (51) 3288 5800 – Ramal 8904.

Local da coleta de dados: Penitenciária

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Porto Alegre, _____ de _____ de 201_.

_____, RG _____
Assinatura do participante da pesquisa

_____, RG _____
Assinatura do responsável pelo estudo

APÊNDICE B – ROTEIRO GRUPO FOCAL

ROTEIRO GRUPO FOCAL 1

DATA: 20/02/2015

1. ACOLHIMENTO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA
2. LEITURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
3. APRESENTAÇÃO INDIVIDUAL

Bloco 1 – Atenção à saúde:

1. O que é saúde para vocês?
2. Quais as principais demandas da UBS? Por quê?
3. Como a equipe trabalha com essas demandas?
4. Quais os conhecimentos e habilidades que vocês consideram importantes para facilitar a articulação das ações de saúde com os recursos da prisão e da rede?

Bloco 2 – Potencialidades e fragilidades:

1. O que é saúde mental para vocês?
2. Como é o trabalho da equipe referente à atenção em saúde mental?
3. Quais as facilidades e dificuldades que vocês encontram para desenvolverem ações de cuidado em saúde mental?
4. Quais os conhecimentos e habilidades que vocês consideram importantes para facilitar a articulação das ações de saúde mental com os recursos da prisão e da rede?
5. O que vocês conhecem sobre as políticas de saúde mental para mulheres em situação de prisão?

Bloco 3 – Perspectiva de futuro:

1. Na sua opinião, o que precisa ser realizado/feito e que ainda não existe para o atendimento a estas pessoas?
2. Vocês trabalham a partir da construção de um projeto terapêutico construído junto com a usuária?
3. Quais as expectativas de vocês em relação ao trabalho do apoio matricial?

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA DISCUSSÃO DE CASO E PLANO DE CUIDADO

FICHA PARA DISCUSSÃO DE CASO

- Data do matriciamento:
- Profissionais da UBSp que participaram do matriciamento:
- Matriciadores:

- **Nome:**
- Data de nascimento:
- Idade:
- Estado civil:
- Escolaridade:
- Profissão/ ocupação/ situação socioeconômica (renda, fonte de renda, atividades, moradia, vida social, suporte familiar, rede de relações).
- Genograma:
- História pregressa / motivo de solicitação do matriciamento
- Habilidades e vulnerabilidades que podem ser trabalhadas / situações de risco para a usuária
- Mapeamento da rede de apoio socioafetiva
- Mapeamento da rede psicossocial do município de proveniência
- Plano terapêutico

Quadro 1. Descrição simplificada das fases da Gestão de Caso

ETAPAS (simplificadas)	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL/IS	PRAZOS	RECURSOS
1 - Conhecer o caso e seu contexto, identificar os problemas de forma abrangente (aspectos de saúde, socioeconômicos, culturais) Conhecer os “recursos” e rede de serviços	Como conhecer? - Visitas domiciliares - Entrevistas com paciente/familiares/ cuidadores - Contato com os vizinhos - Avaliar riscos/ vulnerabilidade no contexto familiar - Capacidade de autocuidado - Elaborar Genoma	Integrantes da equipe de saúde: - Agente comunitário de saúde - Assistente social - Enfermeiro - Médico - Psicólogo	Conforme a avaliação inicial: pode ser imediato ou levar algum tempo pela complexidade ou não urgência	Integrantes da equipe de saúde Familiares Vizinhos Outras instituições Registros

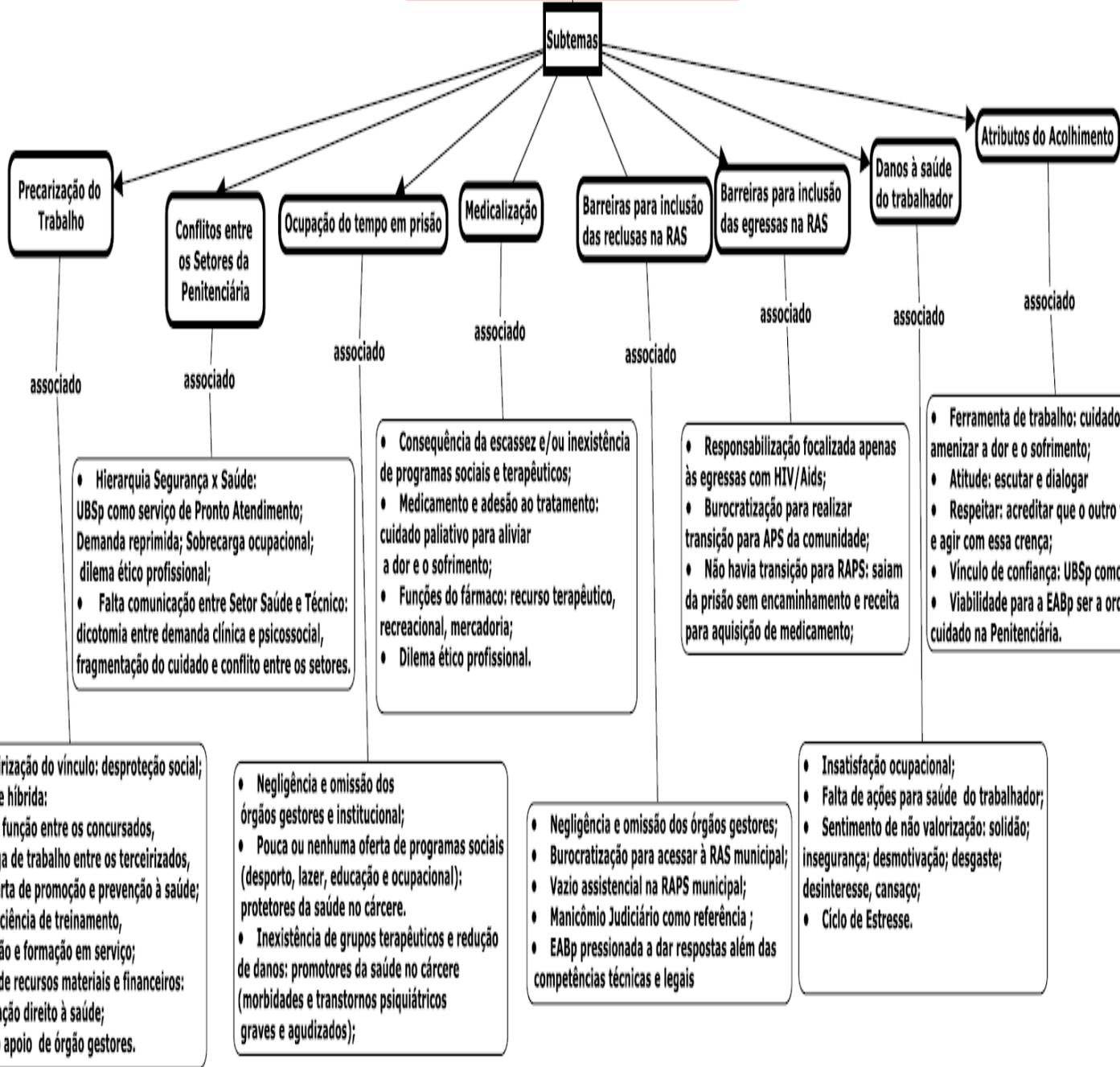
2 - Elaborar e implementar um plano do cuidado	Uma vez identificados os problemas, de forma conjunta (com o paciente/sua família/com a equipe) elaborar um plano, onde se estabelece ordem de prioridades, metas a serem alcançadas, prazos, etc.	Gestor do caso – coordena um grupo de pessoas que serão envolvidas nas atividades do plano	Imediato/conforme avaliação	Elaborar o plano: Gestor do caso/ integrantes da equipe que estão envolvidos no cuidado do paciente/o paciente/familiares
3- Monitorar / Avaliar o plano de cuidado	Reuniões para avaliação das ações planejadas – alcance das metas / satisfação dos envolvidos / melhores resultados	Gestor do caso e demais profissionais envolvidos no caso	No início é mais seguido (diário/semanal/quinzenal?), depois que as situações se estabilizarem pode ser mais espaçadas.	Equipe de saúde Plano de cuidado Registros do prontuário Informações recebidas

Quadro 2. PLANEJANDO O PLANO DE CUIDADOS DE FORMA COMPARTILHADA

Lista de problemas	Objetivo e meta	Atividades / Periodicidade	Responsável	Observações
- Complexidade do problema ... para problemas complexos – respostas complexas: equipes multidisciplinares; rede de serviços, etc	Apresentar o objetivo e as metas que se pretende alcançar em relação a cada problema identificado. Se possível esboçar os prazos em que se pretende alcançar as metas	O que precisa ser feito e com qual periodicidade?	Qual/quais as pessoas responsáveis para que as atividades ocorram?	
1				
2				
3				

APÊNDICE D – MAPA TEMÁTICO EMPÍRICO DA DISSERTAÇÃO

Tema: Fatores desfavoráveis e favoráveis ao trabalho da EABp



Tema: Contribuições da Metodologia de Apoio Matricial

