



Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Geralda Gomes Rocha

A Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade e a Comunicação no Cotidiano das Instituições



CRÉDITOS: ASCOM – SEAP/MG

Belo Horizonte 2018



GERALDA GOMES ROCHA

A Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade e a Comunicação no Cotidiano das Instituições

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

Área de concentração: Comunicação e Saúde Pública

Orientadora: Professora Alessandra Ribeiro de Souza



Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Belo Horizonte
2018

GERALDA GOMES ROCHA

A Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade e a Comunicação no Cotidiano das Instituições

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

Área de concentração: Comunicação e Saúde Pública

Banca Examinadora:

Orientadora: Profa. Doutoranda Alessandra Ribeiro de Souza

Profa. Doutora Flávia Paula Duque Brasil

Profa. Doutora Thaís Lacerda



R672s Rocha, Geralda Gomes.
A saúde das pessoas privadas de liberdade e a comunicação no cotidiano das instituições. / Geralda Gomes Rocha. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.

52 p.

Orientador(a): Alessandra Ribeiro de Souza.

Monografia (Especialização) em Comunicação e Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Saúde das pessoas privadas de liberdade. I. Souza, Alessandra Ribeiro de.
II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 300



Agradecimentos

*Agradeço a Deus, a Jesus Cristo pelo dom da vida,
À Williams pelo apoio, aos filhos
Meline, Diego e Devans pelo incentivo,
À Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais- ESP/MG e a todos os funcionários pela
oportunidade de participar do curso,
À Coordenadora de Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, Reyla Rezende, da Secretaria de
Estado de Saúde de Minas Gerais, pela valiosa contribuição no compartilhamento das
informações acerca do funcionamento da saúde nos presídios,
À orientadora, Alessandra Ribeiro de Souza e aos membros da banca, Dra. Flávia Paula Duque
Brasil e Thais Lacerda por contribuir com análises e sugestões para a conclusão deste trabalho ,
A todos os professores e alunos do curso sem os quais não seria possível tal realização.*

*“Que nada nos defina,
Que nada nos sujeite,
Que a liberdade
seja a nossa própria substância.”
Simone de Beauvoir*



SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Objetivos do estudo	12
2.1. Objetivos específicos	12
3. Metodologia	12
4. Revisão da Literatura	13
5. A Saúde no Brasil - Breve histórico	17
6. O Sistema Único de Saúde - SUS	21
7. Políticas públicas como campo de disputas	22
8. A saúde das pessoas privadas de liberdade	23
9. A Intersetorialidade para as demandas da saúde	28
10. Comunicação – Conceitos e Relações	31
10.1 - A Comunicação e sua Relação com o Campo da Saúde	35
11. Considerações Finais	45
12. Referências Bibliográficas	46



LISTA DE SIGLAS

CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CES-	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAISP -	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário



RESUMO

O presente trabalho abordou a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade e a Comunicação no Cotidiano das Instituições. A saúde como um direito de todos e dever do Estado faz parte de um discurso amplamente incluído nos principais documentos que tratam da saúde principalmente a Constituição Brasileira de 1988 e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990. A saúde das pessoas privadas de liberdade tem início no Brasil com Lei de Execução Penal 7.210/84 e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário- PNSSP e sua consolidação com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAIPS. O direito à comunicação, também presente em diversos documentos dos quais o Brasil é signatário, destaca a sua importância para que os cidadãos possam tomar decisões acerca do processo saúde e doença. Utilizou-se como ferramentas metodológicas análises documentais e revisão bibliográfica. A saúde das pessoas privadas de liberdade constam no arcabouço jurídico do estado, reconhecida como um problema político no Plano Nacional de Saúde da Pessoas Privadas de Liberdade, a execução dos procedimentos para por em prática a política foram de certa forma executadas, as unidades prisionais consideradas como pontos da Rede de atenção à saúde, tendo mesmo grau de importância, fazendo parte de uma rede poliárquica de atenção à saúde. Há um consenso do discurso da comunicação como um direito inerente à saúde.



ABSTRACT

This paper deals with the Health of Persons Deprived of Liberty and Communication in the Daily Life of Institutions. Health as a right of all and duty of the State is part of a discourse widely included in the main documents that deal with health, especially the Brazilian Constitution of 1988 and Law No. 8,080, dated September 19, 1990. The health of persons deprived of their liberty has begun in Brazil with Criminal Execution Law 7,210 / 84 and the National Health Plan in the PNSSP Penitentiary System and its consolidation with the National Policy for Integral Attention to the Health of Persons Deprived of Liberty in the Prison System - PNAIPS. The right to communication, also present in several documents of which Brazil is a signatory, highlights its importance for citizens to make decisions about the health and disease process. Documentary analyzes and bibliographic review were used as methodological tools. The health of persons deprived of their liberty is included in the legal framework of the state, the health of persons deprived of their liberty has been recognized as a political problem and the execution of procedures to implement the policy have been implemented in some ways, of the Network of health care having the same degree of importance, being part of a polyarchical network of health care. There is a consensus of the discourse of communication as an inherent right to health.



1- Introdução

O acesso à saúde, bem como diversas questões relacionadas ao cumprimento de penas privativas de liberdade, estão previstos na Lei de Execução Penal 7.210/84. No rol dos direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988, consta a saúde como um direito fundamental para preservação e manutenção da vida, conforme o artigo 196 da Constituição Brasileira:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988: p. 118).

O direito à saúde das pessoas privadas de liberdade e as normas para organização dos serviços de saúde são tratados pelo campo da saúde no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003 e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP de 2013.

O termo “política” é derivado do adjetivo pólis, que significa tudo o que se refere à cidade, (BOBBIO, 1983: p. 954). Tem a ver com a mudança de uma situação ou problema social. No campo da saúde essa terminologia teve início com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica no ano de 2006, desde então na quase totalidade dos assuntos afetos à saúde tem sido tratados por meio de diversas políticas.

Na elaboração da PNAISP participaram 16 estados da federação, representantes da sociedade civil, profissionais de saúde e do sistema prisional, para juntos discutirem a política, nesse aspecto acredita-se que houve a intenção de criar espaços mais democráticos de participação nas decisões da política. E ainda, tratar a saúde das pessoas privadas de liberdade de forma congruente com as demais políticas no campo da saúde, como por exemplo: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Educação Permanente, etc.



O público destinatário da política são as pessoas que cometeram delito com idade superior aos 18 anos e que estão sob a custódia do Estado, provisoriamente, sentenciadas ou em medida de segurança, conforme previsto no Código Penal e na Lei de Execução Penal.

Diversos trabalhos sobre a situação de saúde das pessoas encarceradas mostraram as condições precárias na atenção à saúde dos presos como falta de profissionais da área da saúde, distribuição de medicamentos, demora no atendimento, questões diretamente ligadas ao setor saúde. Outros problemas que interferem na saúde das pessoas necessitam de um esforço conjunto de diversos setores.

Assim, a saúde das pessoas privadas de liberdade, faz parte de um conjunto de medidas para garantir o acesso dessa população aos cuidados integral no SUS e também uma resposta do país no tocante à violação dos direitos humanos tendo em vista a cobrança de diversos segmentos da população por condições dignas nos cárceres do Brasil. Embora tenham praticado conduta que fere aos preceitos constitucionais, são titulares de um conjunto de direitos previstos na Lei de Execução Penal/86 como: alimentação, vestuário, atribuição de trabalho e sua remuneração, etc. Entretanto, sem apoio das famílias, haja vista que o vínculo familiar continua se estendendo, a grande maioria dos apenados não daria conta de cumprir a pena, pois as mesmas levam para os presídios uma alimentação diferenciada, produtos de higiene pessoal, e tanto outros produtos necessários para o bem estar e conseqüentemente a saúde de cada um que o estado não consegue ofertar.

Quanto à comunicação, o seu detalhamento foi abordado posterior à temática da saúde, essa proposta levou em consideração o papel da comunicação nas estruturas governamentais e seu caráter estratégico na consecução dos objetivos institucionais, e assim identificar qual a abordagem da comunicação aplicada à saúde que leve em conta os princípios do SUS na interlocução com essa população.



2. Objetivos geral:

O objetivo fundamental do trabalho foi analisar o desenvolvimento da saúde das pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional, na perspectiva do direito de todos à saúde, e o papel da comunicação como ferramenta indispensável para a interlocução de todos envolvidos com o processo saúde e doença desse população.

2.1. Objetivos Específicos:

- Discutir brevemente a evolução do sistema de saúde do Brasil, para uma comparação com o sistema de saúde da atualidade: o SUS;
- Verificar como a saúde das pessoas privadas de liberdade avançou a partir da Lei de Execução Penal de 1986;
- Analisar quais as principais linhas de ação previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP de 2013, para promover o acesso desta população aos serviços do SUS;
- Discutir qual a abordagem de comunicação aplicada à saúde que leve em conta os princípios do SUS na interlocução com os usuários dos serviços de saúde.

3. Metodologia

A metodologia adotada neste trabalho baseou-se em análise documental dos principais documentos que abordam a saúde das pessoas privadas de liberdade: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP de 2013, Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, Cartilha PNAISPS, além de Levantamento Nacional de Informações



Penitenciárias – INFOPEN-2014, na modalidade documento normativo, disponível nos sites da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Ministério da Justiça.

De acordo com Oliveira (2007), os documentos são importantes fontes de informação, através do conteúdo em suas mensagens podemos reconstruir os fatos e entender as práticas dos diferentes grupos sociais e de forma complementar revisão de literatura de temas relacionados à comunicação e outros aspectos da saúde que os documentos normativos não conseguem abarcar.

Os procedimentos adotados para realização de pesquisa bibliográfica foram: elaboração de estratégia de busca; pesquisa em bases de dados da literatura científica; filtragem de publicações; recuperação/aquisição de publicações científicas; análise descritiva preliminar do material selecionado.

Para o alcance dos objetivos propostos, realizou-se uma revisão sistematizada da literatura científica de estudos que abordassem o tema.

Nesse sentido, procurou-se identificar o papel de diversos atores sociais como os gestores dos serviços do sistema da administração prisional, gestores dos serviços de saúde e gestores do judiciário, profissionais de saúde e outros envolvidos na construção de um modelo de saúde que atenda aos direitos fundamentais de todas as pessoas à saúde. Os tipos de serviços destinados a essa população, a capacidade de interlocução das diversas esferas do poder público envolvido com a promoção da saúde da população carcerária de 1984, do período da publicação da LEP, à publicação da PNAIPS.

4. Revisão da Literatura

Antes de avançarmos na saúde das pessoas privadas de liberdade, é importante contextualizar o cenário que antecede a criação do SUS para compreender as mudanças alcançadas no campo da saúde, como um direito de todos e dever do



estado, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988, para então compreender as principais mudanças no campo da saúde das população carcerária.

O referencial teórico da pesquisa ancorou-se em dois campos do saber: saúde e comunicação. No campo da saúde há um vasto material de pesquisa quando a intenção é falar sobre o sistema de saúde de um modo geral. No caso da saúde das pessoas privadas de liberdade, no Brasil, começaram a surgir diversas pesquisas realizadas em cursos de pós-graduação, a maioria em nível de especialização que abordaram o tema.

O direito à saúde das pessoas privadas de liberdade e as normas para organização dos serviços de saúde são tratados pelo campo da saúde no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003 e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP de 2013.

A saúde das pessoas privadas de liberdade, faz parte de um conjunto de medidas para garantir o acesso dessa população aos cuidados integral no SUS e também uma resposta do país no tocante à violação dos direitos humanos tendo em vista a cobrança de diversos segmentos da população por condições dignas nos cárceres do Brasil. Embora tenham praticado conduta que fere aos preceitos constitucionais, são titulares de um conjunto de direitos previstos na Lei de Execução Penal/86 como: alimentação, vestuário, atribuição de trabalho e sua remuneração, etc. Entretanto, sem apoio das famílias, haja vista que o vínculo familiar continua se estendendo, a grande maioria dos apenados não daria conta de cumprir a pena, pois as mesmas levam para os presídios uma alimentação diferenciada, produtos de higiene pessoal, e tanto outros produtos necessários para o bem estar e conseqüentemente a saúde de cada um que o estado não consegue ofertar.

Quanto à comunicação o principal marco a criação, em 1920, do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, no Departamento de Saúde Pública, (Araújo, 2003). Isso não significa uma ausência da comunicação nas estruturas organizacionais do Brasil. Segundo Duarte, (2003), o Presidente Nilo Peçanha criou, em 1909, a Secção



de Publicações e Bibliotheca, para integrar os serviços de atendimento, publicação, informação e propaganda. Em 1915, passa a ser denominada de Serviço de Informações, responsável pela divulgação de notas na Imprensa do Ministério da Agricultura.

Em 1940 a educação e comunicação se firmaram como campos de conhecimento indispensáveis ao setor saúde. Segundo Araújo e Cardoso (2007), a comunicação pode colaborar com seu aparato teórico e ferramentas para potencializar a consecução dos objetivos da saúde.

Para as autoras Araújo e Cardoso (2007), a comunicação apresenta várias faces, ela é vivência individual e coletiva, é prática social. Partindo do conceito de campo apresentado por Bourdieu, as autoras definem campo como espaço sociodiscursivo de natureza simbólica, constantemente renovados por contextos específicos. Fazem distinções entre os usos dos termos comunicação “e” saúde, comunicação “para” a saúde e comunicação “na” saúde. Araújo e Cardoso (2007) preferem adotar o termo “e” por não considerar a comunicação como instrumento a serviço da consecução dos objetivos da saúde, como os outros dois termos apontam e sim como uma opção teórica e política, ou seja, quando os dois campos se aproximam temos um contexto de interseção no qual a comunicação contribui com seu aparato teórico conceitual. Sintetizando, a comunicação é entendida: como o ato de ativar o circuito produtivo dos sentidos sociais; estratégia de comunicação, o modo como se ativa algum fragmento desse circuito (Araújo e Cardoso, 2007)

O conceito de comunicação de Thompson (1998) “Um tipo distinto de atividade social que envolve a produção, transmissão e a recepção de formas simbólicas e implica a utilização de vários recursos”. Segundo Thompson, na produção de formas simbólicas e na sua transmissão para os outros, os indivíduos geralmente empregam um meio técnico, isto é, um elemento material por meio do qual a informação ou conteúdo simbólico é fixado e transmitido do produtor para o receptor, o grau de fixação vai depender do meio utilizado. Cita como exemplo o uso de uma mensagem talhada



numa pedra que terá mais durabilidade do que uma escrita em pergaminho, esta por sua vez tem uma importante característica de reprodutividade.

Para Lasswell (1978), o ato de comunicação consiste na resposta de cinco perguntas: quem, diz o que, em que canal, para quem, com que efeito.

Para Neumann, citado por Wolf (1999), nos novos paradigmas que tratam dos conceitos relacionados à comunicação, deixam de observar e avaliar as mudanças e atitudes e de opinião, para se passar à reconstrução do processo pelo qual o indivíduo modifica sua representação da realidade social.

O acesso aos meios de comunicação, o direito à informação, o direito de voz aos indivíduos, a comunicação como potencial para alterar o estado de saúde da população e a inclusão de outros setores, além da saúde, para dar conta da complexidade que envolve as demandas por saúde, estão presentes nas Declarações de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração de Alma Ata, Declaração de Adelaide nas quais o Brasil é signatário.

De acordo com Araújo (2006), o direito à comunicação, educação e informação, como inerentes ao direito à saúde são amplamente reconhecidos, inscritos na reforma sanitária brasileira, *locus* que deu origem a este discurso.

A partir da X Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, comunicação, educação e informação passam a ser discutidas como forma de ampliar a participação da sociedade. A consolidação desses campos por meio da XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, fez recomendações para a formulação de políticas públicas coerentes com o Sistema Único de Saúde – SUS.

Segundo Araújo (2006), a criação da Comissão de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde reflete a importância da comunicação no campo da saúde e contribui como fundamental para o controle social. A participação social no setor saúde, não apenas do ponto de vista da participação física da sociedade, mas uma participação ativa com a finalidade de debater os problemas e desafios postos à saúde.



5- Saúde no Brasil– Breve histórico

Antes de avançarmos na criação do Sistema Único de Saúde-SUS, é importante contextualizar o cenário que antecede sua criação, para compreender as mudanças alcançadas no campo da saúde, como um direito de todos e dever do estado, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988.

No período colonial havia apenas estimativas da população brasileira. As fontes sobre a população eram encontradas em registros paroquiais, censos das províncias, dentre outros. Somente por volta de 1870 é que se iniciam os censos demográficos, e até hoje são realizados com a finalidade de retratar a população. Naquele período a população era composta pelos colonos portugueses, índios e os negros trazidos pelo tráfico de escravos.

Não havia nesta época um modelo de atenção à saúde e nem tampouco interesse por parte dos colonizadores nos cuidados à saúde da população. A literatura aponta que a população recorria aos curandeiros e boticários para os cuidados com a saúde. Os primeiros utilizavam os conhecimentos sobre os usos de plantas e ervas medicinais na cura de doenças, os segundos eram responsáveis pela manipulação de fórmulas prescritas pelos médicos, e em muitos casos até mesmo receitavam os medicamentos.

Por volta de 1543 foi inaugurado o primeiro estabelecimento de saúde, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, em Santos/SP. Sendo instalado posteriormente nos estados da Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro. No início a instituição era destinada aos cuidados dos enfermos dos navios dos portos e moradores da cidade. No mesmo período foi criada a Escola de Medicina, no estado da Bahia e a Escola de Farmácia de Ouro Preto, em Minas Gerais, (Barbosa, 1909).

Com a chegada da família real portuguesa , em 1808, surge a necessidade de criar uma estrutura sanitária mínima para a fixação da corte portuguesa. Foram criadas neste período a Fundação das Academias Médico-cirúrgica no estado do Rio de Janeiro e na Bahia e Inspetoria Sanitárias de Portos, essas tinham como principal



função a fiscalização das embarcações quanto à higiene e as condições sanitárias, afim de decidir pela liberação das mesmas ou aguardar o período da quarentena, (GIOVANELLA, L. et al., 2008. P. 333-384).

A transferência da família real para o Brasil ocasionou profundas mudanças nos serviços de saúde durante o primeiro reinado, mudanças sempre no sentido de adequar as condições de higiene e salubridade da cidade para a corte portuguesa (Cabral, 2014).

No contexto mundial o século XIX foi um período de grande desenvolvimento da promoção da saúde. Por volta de 1830 se iniciou na Inglaterra o movimento de reforma sanitária devido aos problemas relacionados à saúde e higiene, intensificados pela industrialização e urbanização. Nesta época, na sua famosa obra, “A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra”, Engels (1892) já denunciava a precária situação em que viviam os trabalhadores, explorados vergonhosamente pela ordem econômica. Nesse sentido, podemos visualizar a relação forte que há entre os determinantes sociais na saúde das pessoas, pois alimentação inadequada, falta de moradia, pobreza extrema, baixos salários são fatores externos aos serviços de saúde que interferem de forma profunda no estado de saúde da população.

No período Imperial (de 1822 a 1889), foi criada a Junta Central de Higiene Pública, em 1849, tendo em vista a ocorrência de surtos de epidemias. Esta Junta era responsável pela organização e a atuação da política sanitária e inspeção de espaços que ofereciam riscos à saúde da população. Relatórios elaborados por esse órgão descreviam o estado lastimável de salubridade e condições de higiene em diversos pontos da cidade, (Escorel et al, 2008).

Em 1904, foi instituída a Reforma Oswaldo Cruz, tornando obrigatória a vacina contra varíola, provocando a tão conhecida “revolta da vacina”, causando grande revolta na população. Ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, sendo considerada por muitos estudiosos do assunto uma das mais representativas manifestações da população contra atitudes arbitrárias do poder público, (Sevcenko, 1983). Esse episódio denota a importância do campo da comunicação com suas ferramentas e teorias, para tornar



mais eficazes as ações e serviços de saúde, tema que será tratado mais adiante. Surge a vertente denominada “Higienização”. A saúde foi considerada por Oswaldo Cruz como uma questão de saúde pública.

A partir de 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, começam a ser instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP’s), organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados e seus dependentes. Cabia ao governo apenas a resolução de conflitos. Somente algumas categorias ocupacionais eram reconhecidas e gozavam dos direitos previdenciários.

Desde as décadas de 30 e 40, a incorporação de segmentos da classe média e trabalhadores urbanos, ao projeto político de modernização do país se constituiu como uma estratégia do governo populista de Getúlio Vargas. O acesso aos serviços de saúde estava condicionado à contribuição para a Previdência Social, ou seja, a grande maioria da população estava excluída desses serviços. O direito à saúde, como um direito social estava restrito a contribuição ao sistema previdenciário. Quem contribuía tinha acesso, os demais recorriam a outras formas alternativas e às instituições de caridade, ou seja, a cidadania era regulada, aqueles que podiam contribuir tinham acesso aos serviços e os outros, que não possuíam condições lhes eram negados os serviços. Segundo Sarreta:

É certo que a concepção de saúde no Brasil, ao longo dos tempos, privilegiou uma minoria com seus serviços de assistência médica. Eles foram desenvolvidos pelas entidades filantrópicas ou ainda por meio de subsídios do sistema previdenciário aos que estavam formalmente vinculados ao mercado de trabalho e aos serviços privados comprados para esse fim, favorecendo a comercialização da saúde (SARRETA, 2009: 152)

Na Constituição de 1934, a saúde era destinada aos cuidados dos “desvalidos”, previa o amparo da maternidade e da infância, o socorro às famílias de prole numerosa e a proteção da juventude contra toda forma de exploração (BRASIL, 1934), Cabia à União a responsabilidade no combate às grandes endemias , cabendo-lhe o custeio, a



direção técnica e administrativa nas zonas onde a execução do mesmo exceder as possibilidades dos governos locais.

Nesse período a saúde era tratada como uma questão de polícia, não havia ainda a figura de uma grande parte de categorias profissionais de saúde, sendo aquele agente, o principal responsável pelas ações relacionadas à saúde.

A partir de 1945, com a industrialização em expansão e com a liberação da participação política dos trabalhadores, ocorre um aumento da demanda por atenção à saúde, culminando com a publicação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), cuja função segundo Ibrahim (2007), é garantir os direitos fundamentais para os trabalhadores e dependentes. A partir de 1966, no governo militar, é criado o INPS, órgão público destinado a tratar dos assuntos previdenciários, unificando todas as instituições previdenciárias. Outro marco importante para as políticas de saúde foi a “Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde”, realizada em Ottawa, em 21 de Novembro de 1986, aprovou a conhecida Carta de Ottawa, que contém as orientações para atingir a “Saúde para Todos” a partir do ano 2000. As discussões centraram-se nas necessidades dos países industrializados, se dirigindo também para os demais países. Esta Carta foi baseada nos progressos decorrentes da Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata e no documento “As Metas da Saúde para Todos”, da Organização Mundial de Saúde, bem como no recente debate sobre a ação intersetorial para a saúde, realizado na Assembleia Mundial de Saúde, tratada na carta da seguinte forma:

As condições básicas e as expectativas face à saúde não podem ser asseguradas unicamente pelo Sector da Saúde. Acima de tudo, a promoção da saúde exige uma acção coordenada de todos os intervenientes: governos, sectores da saúde, social e económico, organizações não governamentais e de voluntários, autarquias, empresas, comunicação social. As populações de todos os meios devem ser envolvidas enquanto indivíduos, famílias e comunidades (Carta de Ottawa – OMS, 1986).



6. O Sistema Único de Saúde- SUS

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS, foi a primeira conferência aberta à participação da sociedade, tendo como presidente José Sarney. A conferência instituiu as bases para que a saúde fosse considerada como um direito de todos e dever do estado, Esse princípio sendo incorporado na Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8.142 de 1990, significou um importante avanço na história da saúde no Brasil. Um longo caminho percorrido que teve início na I Conferência Nacional de saúde, consta no art. 90 da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Os debates sobre os problemas na saúde, as diretrizes nas esferas municipais, estadual e nacional começam a ser discutidas nesse espaço.

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde em 1990, tendo como base o artigo 198 da Constituição de 1988, responsável pelo seu arcabouço jurídico-institucional. Tendo como princípios a universalidade, integralidade e equidade, considerados como princípios doutrinários. Os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização considerados por princípios organizacionais. Quanto à participação da comunidade na gestão, sendo representado pelo controle social, é regulado pela Lei 8.142/1990. Esse dispositivo instituiu os Conselhos de Saúde e conferiu status público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais, como o CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

Diante desse contexto, o SUS representa uma conquista para o povo brasileiro. O direito à saúde sendo reconhecido e garantido por meio de políticas públicas, com a participação de diversos atores sociais e sociedade civil por meio dos Conselhos de Saúde. Da sua criação à atualidade, dos seus 30 anos de criação, os problemas enfrentados pelo SUS, como o subfinanciamento, constitucionalizado pela Emenda Constitucional nº 95, que congela os gastos públicos por um período de 20 anos,



produção de serviços de saúde e sua oferta à população de forma mais eficiente também é um desafio a ser enfrentado, ganhar a aprovação da população vai depender dos resultados alcançados. Outra frente necessária é a comunicação com a população. Uma grande parcela da população não conhece os serviços ofertados pelo SUS. Não sabe, por exemplo, que em casos de acidentes as vítimas são atendidas pelo SUS, a avaliação da qualidade da água que ingerimos também é feita pela vigilância em saúde. Nesse aspecto é necessário ações propositivas para dar visibilidade ao SUS por meio de mídias das mais diversas de modo atender aos diversos públicos, considerando à diversidade num país continental como o Brasil. Esses são os principais problemas a ser enfrentados pelos gestores, do seu projeto inicial de atender a todos de maneira igualitária e equânime, corre o risco de ser desmontado

7. Políticas públicas como campo de disputas

As políticas públicas de um modo geral, incluindo as políticas de saúde, são implementadas num campo de disputas, no qual convergem forças de todos os tipos. O poder hegemônico e o contra-hegemônico estão em constantes disputas por um pouco de poder (Araújo, 2003). O poder de fazer ver e crer. Fazer as pessoas olharem o mundo e agirem sobre ele através de uma determinada ótica (Bourdieu).

Falar em poder contra-hegemônico é pensar outras formas de produção de sentido, é apresentar alternativas diversas das que são apresentadas, são as múltiplas formas de resistências construídas por diferentes atores na esfera social. As pessoas submetidas ao poder hegemônico cabe á tarefa de resistir historicamente, um exemplo na saúde são os espaços de deliberação que ocorrem nas Conferências de saúde. Nestes espaços, os grupos populacionais lutam para alcançar melhores condições de vida para os grupos minoritários, na maioria das vezes, à margem das políticas públicas.



Para Bourdieu (1989):

Compreender a gênese social de um campo, e apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se geram é explicar [...] os atos dos produtores e suas obras por eles produzidas e não, como geralmente se julga, reduzir ou destruir. (BOURDIEU, 1989: p. 69)

Discutir a saúde nos presídios é trazer à cena a presença de diversos sujeitos imbricados com esse campo social. Um campo intersetorial com suas idiosincrasias e campos disciplinares distintos, a saúde, a comunicação e a segurança pública.

A partir do reconhecimento do campo de disputas no qual se insere a formulação das políticas públicas que nos dedicaremos a seguir à análise da saúde das pessoas privadas de liberdade.

8. A saúde das pessoas privadas de liberdade

Um dos marcos legais vigentes relacionado à saúde é o artigo 14 da Lei de Execução Penal, que prevê atendimento médico, odontológico e assistência farmacêutica. Segundo a LEP, quando a instituição penitenciária não estiver aparelhada para o atendimento, a assistência será realizada mediante autorização da direção do estabelecimento a ser prestada na localidade. Outro marco muito importante por promover importantes mudanças nas demandas da saúde e que inaugura os serviços de saúde nas unidades prisionais é a Portaria Interministerial 1.777, 09 de setembro de 2003, firmada entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)

Conforme os princípios e diretrizes do SUS, a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que aprovou o PNSSP, estabeleceu como prioridades dotar de equipamentos e reformar as unidades prisionais para o



atendimento às necessidades de atenção no nível básico de acordo com as especificidades do Sistema Prisional Nacional, organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária, implementação de medidas de proteção relacionadas às vacinações contra tétano, influenza e hepatites, implantação de ações para prevenção das principais doenças que acometem a população de um modo em geral e garantir o acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção.

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, publicada através da Portaria 01/2014, em 02 de janeiro de 2014, que representa a ampliação de toda a rede de atendimento e espera-se que alcance, sob vários aspectos, o aumento dos aparelhamentos de Unidades Básicas de Saúde, Centros de Referência Materno-infantil, adequação de espaços de saúde, entre outros.

Como parte da responsabilidade do estado de garantir o direito à saúde a todos, pretende-se desenvolver a adequação da infraestrutura necessária, sendo preparados os espaços para instalação dos equipamentos e mobiliários necessários, em unidades a serem referenciadas como “espaços de saúde e cuidado”, organizados os serviços de atendimento e preparadas as equipes técnicas. Sendo definidos objetivos e metas, a metodologia é detalhada de acordo com as diretrizes do PNSSP, e são propostas formas de continuidade de fortalecimento das ações nas unidades de saúde definidas, bem como definidos os itens a serem adquiridos e instalados, sendo estes os elementos importantes que alicerçarão a pactuação necessária. Os serviços e ações relacionados à saúde fazem parte do quarto eixo proposto pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen): humanização das condições carcerárias e integração social.

Nos termos PNAISP, são consideradas pessoas privadas de liberdade, aquelas que cometeram delito com idade superior aos 18 anos e que estão sob a tutela do Estado provisoriamente, sentenciadas ou em medida de segurança, conforme previsto no Código Penal e na Lei de Execução Penal. A população custodiada, ou seja, sob a guarda do estado, são classificadas da seguinte forma: em regimes semiaberto, aberto.



E aquelas que se encontram em medida de segurança, na modalidade tratamento ambulatorial, serão preferencialmente assistida nos serviços na rede de atenção à saúde. Os trabalhadores em serviços penais, familiares e demais pessoas, deverão ser envolvidos em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, no âmbito da PNAISP.

Temos dessa forma um impacto muito importante na saúde da população carcerária, antes quase invisível para o sistema de saúde, delineando de certa forma uma estrutura mais organizada e o direito à saúde sendo de fato incluído nas políticas públicas, ou seja, a população carcerária incluída formalmente na cobertura do Sistema Único de Saúde – SUS.

Quanto à responsabilização dos entes governamentais a provisão dos serviços de saúde nos presídios é de responsabilidade dos três níveis de gestão, de acordo com as competências de cada um previstas na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, no Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 e na Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.

Os municípios que possuem unidades prisionais em seus territórios deverão aderir à PNAISPS. Dentre as responsabilidades previstas podemos citar: executar o âmbito da Atenção Primária, as ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da população privada de liberdade, coordenar e implementar a PNAIPS no âmbito do seu território.

A área da Segurança Pública é a única na qual o município não possui atribuições diretas, considerando que o sistema prisional e as instituições policiais são de responsabilidade do executivo, estadual e federal. Para o atendimento às demandas de saúde os municípios que possuem unidades prisionais devem aderir por meio de pactos à PNAIPS.



Nos termos das diretrizes gerais da PNAIPS:

As ações de saúde no sistema penitenciário deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla objetivando a criação e a ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos das pessoas privadas de liberdade no âmbito do SUS e em parceria com outros setores governamentais, especialmente segurança, justiça, trabalho, previdência social e educação, (BRASIL, 2014).

Dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias de 2014 revelam que aproximadamente metade (49%) das unidades concebidas como estabelecimentos penais possuem módulos de saúde, 58% possuem módulos de educação e 30% possuem oficinas de trabalho. Cabe esclarecer que as unidades prisionais se diferenciam na sua estrutura física. Entre as unidades adaptadas, esses números são consideravelmente menores: apenas 22% tem módulo de saúde, 40% tem módulo de educação e 17% conta com oficina de trabalho. Um dado importante revela que as unidades prisionais do Rio de Janeiro e Roraima foram concebidas originalmente como estabelecimentos penais e do total geral de unidades prisionais apenas (37%) das unidades prisionais no Brasil tem módulo de saúde. Entre as unidades femininas (52%) possui módulo de saúde, nas unidades mistas o percentual chega a 42% e nas unidades masculinas é de 34%.

A maior parte dos estabelecimentos prisionais, três quartos, é destinada ao público masculino, 7% é referente à unidades prisionais femininas e 17% de estabelecimentos mistos. Esses dados são de fundamental importância para o planejamento das linhas de ações destinadas às unidades prisionais, pois para a estruturação da atenção à saúde há de se considerar três elementos: a população, a estrutura operacional ou os componentes das redes de atenção à saúde e o modelo de atenção à saúde, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A população privadas de liberdade vivem em territórios sanitários com características bastante específicas, um detalhe é que a população penitenciária



apresenta semelhanças em todo território nacional quanto às condições precárias dos estabelecimentos e superpopulação.

A composição das equipes de saúde nas unidades prisionais, chamadas Equipe de Atenção Básica Prisional, apresenta um modelo bastante semelhante ao implementado nos demais pontos da Rede da Atenção à Saúde, com a presença de diversos profissionais de saúde como: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, dentistas e outros. Um dos requisitos para a composição das equipes e sua respectiva carga horária é o número de custodiados.

As diretrizes para o Plano de Ação Estadual/Municipal para a PNAISP, prevê linhas de ação para os seguintes procedimentos: - controle de tuberculose - controle de hipertensão e diabetes; - dermatologia sanitária - hanseníase; - saúde bucal; - saúde da mulher; - atenção à saúde materno-infantil; - diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/AIDS; - Atenção em saúde mental; - Atenção a pessoas com deficiência; - protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos por ocasião do ingresso da pessoa presa no sistema prisional ou ambulatorial. - programa de imunizações.

As equipes de saúde das unidades prisionais serão responsáveis pela atenção básica, devendo articular-se em redes assistenciais, nas localidades onde se instalam as unidades penais.

A seguir nos dedicaremos à discussão acerca da intersetorialidade. Partindo da compreensão que a efetivação dos serviços que atendem a população privada de liberdade demandam ações intersetoriais.



9. A Intersectorialidade para as demandas da Saúde.

O encarceramento é uma das questões mais complexas da realidade brasileira. O enfrentamento dos problemas exige o envolvimento dos três Poderes da República, em todos os níveis da federação (DEPEN, 2014).

Conforme destacado no Relatório do Departamento Penitenciário Nacional de 2014, o eixo que trata da humanização das condições carcerárias depende de um modelo intersectorial de políticas públicas de saúde, educação, trabalho, cultura, esporte, assistência social e de acesso à justiça.

Quadro com referência à intersectorialidade nos principais documentos do campo da saúde:

Documento	Assunto	Ano
Declaração de Alma Ata	Os cuidados primários de saúde envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, principalmente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.	1978
Constituição Federal de 1988	Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.	1988
Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional –PNSSP	Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersectoriais.	2003
Lei 8.080, de 19/09/1990	Art.12 -Serão criadas comissões intersectoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde,	1990



	integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. § único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde	
Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade- PNAIPS	Intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde. Art.17 XI - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP e a articulação do SUS na esfera municipal.(estados e municípios).	2014

Elaboração própria do autor

Conforme ANDRADE (2004), a dificuldade de se trabalhar de forma intersetorial, se deve ao fato de a organização exercer um duplo condicionamento sobre o propósito e o método, e em todos os níveis nacional, estadual e municipal as políticas são setorializadas. Propósitos, o que se busca alcançar são expressos nos planos e programas de governo e métodos e as tecnologias de gestão são os meios para viabilizá-las. Conforme modelo abaixo:

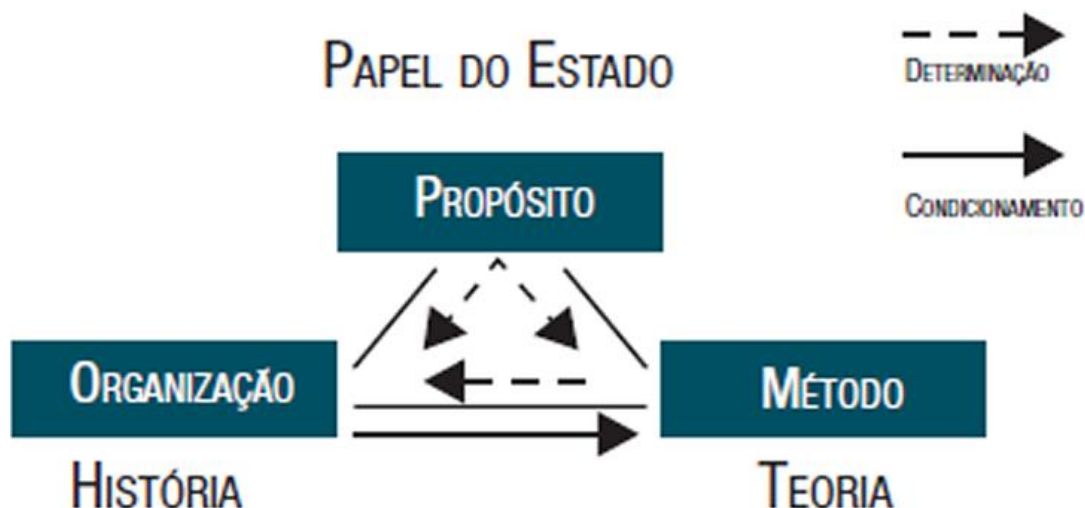




Figura: Postulado de Coerência de Mário Testa

Fonte: Lins, Cecílio, 1998.

Os modelos que envolvem a intersetorialidade abordados por Magalhães (2001), conseguem exprimir com bastante clareza o grau de envolvimento do Ministério da Saúde e da Justiça para o atendimento às demandas pelos serviços de saúde. Por exemplo, na elaboração da política todos os setores participam com o mesmo grau de hierarquia. Na execução da política, pode acontecer a coordenação dos órgãos envolvidos. Pensamos que tanto o PNSS e a PNAIPS se encaixam nestes termos.

Devido ao enclausuramento das pessoas privadas de liberdade, não há como um setor isolado ser capaz de atender às necessidades dessa população, não apenas de saúde, mas educação e trabalho, pois cada campo tem seus limites mais ou menos definidos.

Os desafios a serem enfrentados, no que se refere ao estabelecimento de uma articulação para o desenvolvimento de ações intersetoriais, exigirá uma superação, por parte dos profissionais envolvidos na execução das ações propostas, uma vez que eles foram formados dentro do paradigma da disjunção e da fragmentação, não sendo formados, portanto, a resolverem os problemas numa perspectiva global de conhecimento, bem como de reconhecerem a complexidade da realidade instituída. (INOJOSA, 1998). Avaliar a forma como o processo intersetorial esteja ocorrendo, sinalizará para as instituições se o que estava previsto foi cumprido, e se os objetivos foram alcançados. Isso não significa fazer avaliações por processos sem se preocupar com os resultados, prática tão comum no aparato governamental.



10. Comunicação – Conceitos e Relações

Segundo o dicionário Aurélio (2009), a palavra comunicação deriva do latim “communicare”, principais significados: 1. Ato ou efeito de comunicar (-se). 2. Processo de emissão, transmissão e recepção de mensagens por meio de métodos e/ou sistemas convencionados. 3. A mensagem recebida por esses meios. 4. A capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, com vista ao bom entendimento entre pessoas.

Uma ferramenta de fundamental importância para a comunicação é a linguagem.

Segundo Wittgenstein:

Nossa linguagem pode ser considerada como uma velha cidade: uma rede de ruelas e praças, casas novas e velhas, e casas construídas em diferentes épocas; e isto tudo cercado por uma quantidade de novos subúrbios com ruas retas e regulares e com casas uniformes ,(WITTGENSTEIN,1968: p.32).

Outro conceito importante desenvolvido pelo autor são os jogos de linguagem, concebido como o conjunto da linguagem e das atividades ou de uma forma de vida com as quais está interligada. Na sua obra: Investigações filosóficas destaca que há uma multiplicidade dos jogos de linguagem, cita como exemplo: comandar, e agir segundo comandos; descrever um objeto conforme a aparência; relatar um acontecimento; conjecturar sobre um acontecimento; expor uma hipótese e apresentar os resultados de um experimento. Faz analogia da linguagem com o jogo, pois tanto a linguagem como os diversos tipos de jogos são regulados por regras, (WITTGENSTEIN,1968: p.35).



A seguir apresentamos alguns conceitos de comunicação que estão de alguma forma implicados com este trabalho.

Para as autoras Araújo e Cardoso (2007), a comunicação apresenta várias faces, ela é vivência individual e coletiva, é prática social. Partindo do conceito de campo apresentado por Bourdieu, as autoras definem campo como espaço sociodiscursivo de natureza simbólica, constantemente renovados por contextos específicos. Fazem distinções entre os usos dos termos comunicação “e” saúde, comunicação “para” a saúde e comunicação “na” saúde. Araújo e Cardoso (2007) preferem adotar o termo “e” por não considerar a comunicação como instrumento a serviço da consecução dos objetivos da saúde, como os outros dois termos apontam e sim como uma opção teórica e política, ou seja, quando os dois campos se aproximam temos um contexto de interseção no qual a comunicação contribui com seu aparato teórico conceitual.

Resumindo, a comunicação é entendida: como o ato de ativar o circuito produtivo dos sentidos sociais; estratégia de comunicação, o modo como se ativa algum fragmento desse circuito (Araújo e Cardoso, 2007).

O conceito de comunicação de Thompson (1998) “Um tipo distinto de atividade social que envolve a produção, transmissão e a recepção de formas simbólicas e implica a utilização de vários recursos”. Segundo Thompson, na produção de formas simbólicas e na sua transmissão para os outros, os indivíduos geralmente empregam um meio técnico, isto é, um elemento material por meio do qual a informação ou conteúdo simbólico é fixado e transmitido do produtor para o receptor, o grau de fixação vai depender do meio utilizado. Cita como exemplo o uso de uma mensagem talhada numa pedra que terá mais durabilidade do que uma escrita em pergaminho, esta por sua vez tem uma importante característica de reprodutividade.

Para Lasswell (1978), o ato de comunicação consiste na resposta de cinco perguntas: quem, diz o que, em que canal, para quem, com que efeito.

Para Neumann, citado por Wolf (1999), nos novos paradigmas que tratam dos conceitos relacionados à comunicação, deixam de observar e avaliar as mudanças e atitudes e de opinião, para se passar à reconstrução do processo pelo qual o indivíduo



modifica sua representação da realidade social. Conceito que acreditamos, muda substancialmente o papel da comunicação na sociedade. Se antes era o comportamento inadequado, a falta de higiene, a “ignorância” que eram responsáveis pelo processo saúde - doença, nos novos paradigmas as realidades, são muitas. O modo de ser e viver das pessoas estão fortemente relacionados com a cultura, família, espaço geográfico, tempo histórico, educação, condições sócio econômicas, etc. A comunicação no velho paradigma não leva em conta o interlocutor, neste caso é considerado receptor da mensagem. Aquele que emite, transmite a mensagem tem uma relação assimétrica com o receptor. No caso do conhecimento, a assimetria é ainda maior. Os lugares ocupados pelos participantes do horizonte comunicativo já exprimem muito bem o direito à voz, de ser ouvido. Estar no centro ou na periferia implica em posições desiguais. Pode significar quem tem mais ou menos poder.

Outro conceito muito importante se trata de representação social elaborado por Wolfgang Wagner . Segundo Wolfgang, pode-se conceber a representação social como uma reserva de padrões de interpretação, organizados linguisticamente e transmitidos culturalmente, assim definido pelo autor:

O termo é concebido, por um lado, como um processo de comunicação em desenvolvimento nos grupos sociais; por outro lado, como resultado desse processo. De um jeito ou de outro, todas as representações sociais resultam de tal processo de comunicação e discurso. O produto, as representações distribuídas, formam parte do sistema de conhecimento ordinário dos indivíduos, não pode ser concebido separadamente da condição sócio-genética, sob a qual ele foi formado (WAGNER,1994).

Importante falarmos de apropriação, processo e compartilhamento do conhecimento, quanto ao primeiro termo, as desigualdades já ocorrem no início da vida escolar. Uma escola que prepara o indivíduo para uma vida cidadã, que dota as pessoas de pensamento crítico, que a prepara para ser independente e soberania em seus atos é para poucos. Para maioria, a escola não consegue cumprir minimamente o que se espera dela.

O ingresso na universidade, mesmo com programas compensatórios, não conseguiria sanar todo o déficit cultural que os indivíduos trazem. O conhecimento



produzido na academia em grande parte não é compartilhado com a sociedade, ficando restrito a uma pequena parcela da sociedade e ao mesmo tempo coloniza os espaços da vida social.

As experiências, o conhecimento originado tradicionalmente no seio das comunidades, compartilhado e transmitido às gerações, em sua maioria não é reconhecido e valorizado, pois não foram produzidos por uma instituição legalmente autorizada por fazê-lo.



10.1 - A Comunicação e sua Relação com o Campo da Saúde

O principal marco a criação, em 1920, do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, no Departamento de Saúde Pública, (Araújo, 2003). Isso não significa uma ausência da comunicação nas estruturas organizacionais do Brasil. Segundo Duarte, (2003), o Presidente Nilo Peçanha criou, em 1909, a Seção de Publicações e “Bibliotheca”, para integrar os serviços de atendimento, publicação, informação e propaganda. Em 1915, passa a ser denominada de Serviço de Informações, responsável pela divulgação de notas na Imprensa do Ministério da Agricultura.

Em 1940 a educação e comunicação se firmaram como campos de conhecimento indispensáveis ao setor saúde. Segundo Araújo e Cardoso (2007), a comunicação pode colaborar com seu aparato teórico e ferramentas para potencializar a consecução dos objetivos da saúde.

A comunicação como campo de conhecimento articulado e reconhecido ao setor saúde se consolida a partir de 1990. A partir da X Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, comunicação, educação e informação passam a ser discutidas como forma de ampliar a participação da sociedade. Esse discurso se manteve na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, e uma das menções muito significativas é a recomendação para a formulação de políticas públicas coerentes com o Sistema Único de Saúde – SUS.

O acesso aos meios de comunicação, o direito à informação, o direito de voz aos indivíduos, a comunicação como potencial para alterar o estado de saúde da população e a inclusão de outros setores, além da saúde, para dar conta da complexidade que envolve as demandas por saúde, estão presentes nas Declarações de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração de Alma Ata, Declaração de Adelaide nas quais o Brasil é signatário.



De acordo com Araújo (2006), o direito à comunicação, educação e informação, como inerentes ao direito à saúde são amplamente reconhecidos, inscritos na reforma sanitária brasileira, *locus* que deu origem a este discurso.

A partir da X Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, comunicação, educação e informação passam a ser discutidas como forma de ampliar a participação da sociedade. A consolidação desses campos por meio da XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, fez recomendações para a formulação de políticas públicas coerentes com o Sistema Único de Saúde – SUS.

Segundo Araújo (2006), a criação da Comissão de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde reflete a importância da comunicação no campo da saúde e contribui como fundamental para o controle social. A participação social no setor saúde, não apenas do ponto de vista da participação física da sociedade, mas uma participação ativa com a finalidade de debater os problemas e desafios postos à saúde. Participação como expressão de opiniões, intercâmbio de informações.

Para que a sociedade possa participar de forma crítica nos espaços de deliberação é necessário que o poder público capacite os membros dos Conselhos de Saúde, líderes comunitários, conforme preconizado na Lei 8.142/90, para que esses indivíduos atuem de forma efetiva nas deliberações. A participação individual tem a ver com a contribuição de cada indivíduo para a defesa dos direitos à saúde, e a participação coletiva diz respeito ao conjunto de ações organizadas voltadas aos interesses coletivos.

De acordo com Araújo (2003), a dimensão mais abrangente incluindo a luta pelo direito à informação, bem como a comunicação é o direito de ser ouvido, o direito a se expressar e ser levado em consideração. Dar voz a todas as pessoas, dar visibilidade a diversidade populacional do nosso país, não apenas os grupos hegemônicos tão presentes nos meios de comunicação. Deve levar em conta as demandas, necessidades e interesses dos cidadãos, ou seja, as práticas comunicativas devem ser guiadas pelos princípios do SUS.



A população deve ter acesso às informações para tomada de decisão quanto ao processo saúde e doença. Hábitos e estilos de vida saudáveis precisam circular através de diversos meios, a falta de conhecimento pode alterar os modos de vida. A comunicação pode colaborar nesses aspectos, para que a população tenha acesso aos conhecimentos necessários aos cuidados com a saúde. Abaixo tentarei destacar algumas ações com limites mais ou menos definidos da relação entre os dois setores:



Quadro com identificação de ações de atenção à saúde envolvendo a comunicação e saúde.

Linhas de ação previstas nas Diretrizes para o Plano de Ação Estadual/Municipal nos termos da PNAISP	Ações intersetoriais entre comunicação e saúde
Controle da Tuberculose	Ações educativas e distribuição de informes
Controle da Hipertensão e da Diabetes	Distribuição de cartazes sobre a hipertensão
Dermatologia Sanitária	Exposição de banner sobre Hanseníase
DST/HIV AIDS	Distribuição de folders sobre Sífilis e outras DST e HIV/AIDS
Imunização	Campanhas de vacinação contra influenza em todas as unidades prisionais para internos e funcionários
Saúde Bucal	Elaboração de cartilha sobre cuidado bucal; Reunião da Gerência com os odontólogos para planejamento de campanha de saúde bucal

Elaboração própria do autor



Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, na percepção de gestores estaduais, é difícil avaliar, no curto prazo, a ação da comunicação em saúde porque sua influência ou seu impacto compreende múltiplos fatores. Alegam ainda que os impactos não atingem da mesma forma os diversos grupos populacionais (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, podemos perceber a presença de campos de força, de um lado o campo da saúde, por outro o campo da comunicação.

Para Bourdieu:

Compreender a gênese social de um campo, e apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram, é explicar, (...) as obras por eles produzidas, e não, como geralmente se julga, reduzir ou destruir (Bourdieu, 1989: p.69).

O mesmo discute a questão do espaço de forma a elucidar que o mundo social é formado por várias dimensões. Os agentes e grupos de agentes são definidos pelas suas posições relativas neste espaço. Cada um deles está acantonado numa posição ou numa classe precisa de posições vizinhas, quer dizer, numa região determinada do espaço, e não se pode ocupar realmente duas regiões opostas do espaço mesmo que tal seja concebível.

Isso também nos faz pensar sobre os conhecimentos imbricados no campo da saúde e comunicação. O primeiro gravita em torno da medicina, lida com a vida do ser humano, trata do processo saúde e doença. O conhecimento adquirido pelos titulares dessa área, ou seja, os profissionais de saúde, são assimétricos no sentido em que só eles detém esse saber específico, cabendo as pessoas submetidas aos procedimentos dessa área uma atitude mais passiva por não possuí-lo.

A comunicação é uma prática social, de fundamental importância para a organização dos espaços sociais. Ela é uma das atividades mais presentes no cotidiano das pessoas, a todo momento nos comunicamos. É uma das faculdades que distingue



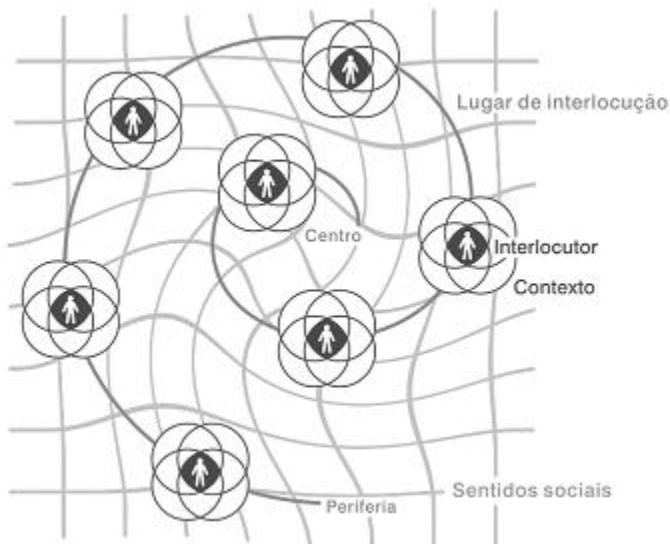
o ser humano das outras espécies. Implica em compartilhamento, interlocução, conforme o sentido do termo, é partilhar, tornar comum.

Não faz sentido a produção de conhecimento se não for compartilhado, “tornado comum” entre os participantes de uma comunidade. De acordo com Araújo (2003), o conhecimento para cumprir a sua função deve circular.

Partindo desse postulado para que os serviços de saúde nas unidades prisionais, estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde funcionem de forma articulada e que cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, que é prestar assistência contínua e integral, é imprescindível que a comunicação se organize por sistemas logísticos eficazes, através de um sistema de comunicação fluido entre as diferentes unidades da rede, que no caso é coordenado pelo centro de comunicação localizado na atenção primária à saúde.

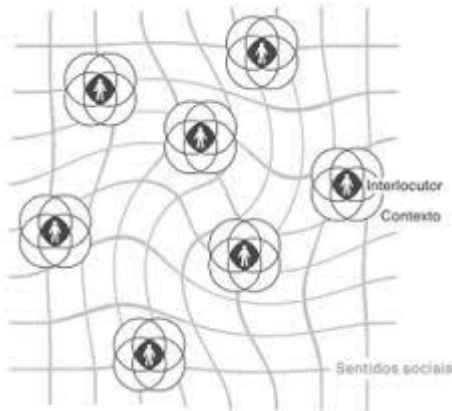
Assim, os Ministérios da Saúde e Justiça, por meio das Secretarias Estaduais/Municipais, e Secretarias de Administração Prisional precisam de se articular para atendimento às demandas de saúde. A articulação implica em diálogo, interconexões e negociação. A organização da saúde por redes de atenção procura alterar a forma fragmentada, hierárquica dos sistemas de saúde. O sistema proposto numa lógica de redes se organiza de forma horizontal, os diferentes pontos de atenção à saúde tem o mesmo grau de importância compondo uma rede poliárquica de atenção à saúde.

E a comunicação? Qual o modelo que melhor atenda aos princípios do SUS? As representações gráficas a seguir de Araújo (2003), procuram caracterizar as estratégias discursivas que segundo a autora dependem das relações de força entre os campos. Procuramos identificar em cada modelo algumas propriedades que podem explicar como é o espaço comunicativo fortemente relacionado com os interlocutores que estão envolvidos com a gestão, atenção e formação da saúde das pessoas privadas de liberdade e qual o espaço que a população carcerária ocupa neste intrincado espaço comunicativo.



Fonte: Araújo (2003)

De acordo como Araújo (2003), o gráfico representa um modelo de comunicação no campo das políticas públicas. Este modelo pode caracterizar os interlocutores envolvidos no processo comunicativo relacionado à saúde das pessoas privadas de liberdade da seguinte forma: no centro do processo comunicativo, em nível institucional podemos representar os Ministérios da Saúde e Justiça, deslocando teríamos as Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais até chegar nos profissionais que prestam assistência à saúde no sistema prisional. A espiral superposta na malha nos remete ao processo dinâmico, não estático de negociação envolvido nos processos discursivos na população carcerária que são os interlocutores na posição de consumidores do produto comunicativo. A Secretaria de Administração Prisional responsável pela manutenção e guarda das pessoas privadas de liberdade, a Secretaria de Saúde, por sua vez, tem que considerar o sistema penitenciário como considera todos os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, ou seja, não há uma hierarquia de atendimento a um ponto específico da Rede.



Fonte: Araújo (2003)

De acordo com Araújo (2003) o gráfico apresenta um modelo de comunicação em rede, multidirecional, multipolar e descentrada.

No caso da elaboração da política para saúde das pessoas privadas de liberdade, o segundo gráfico parece ser o que mais se aproxima no que tange às relações entre o Ministério da Justiça e Saúde.

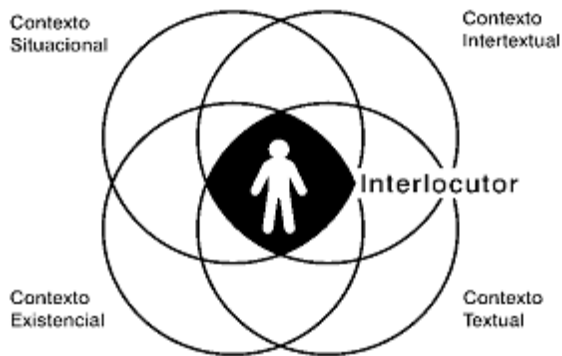
No processo de formulação e implementação, que se deu mais precisamente com a instituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, se destaca a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

No caso da implantação da PNAISP, 16 (dezesesseis) estados da federação participaram por meio de oficinas da sua elaboração, sendo aprovada com o consenso dos gestores dos municípios, estados e da União. A política foi construída de forma democrática com a participação dos gestores, trabalhadores em serviços penais, da academia e sociedade civil organizada em consonância com os princípios da equidade, integralidade e resolubilidade da assistência.

As ações e os serviços de atenção básica em saúde serão organizadas nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde. O acesso aos



demais níveis de atenção em saúde será pactuado e definido no âmbito de cada estado em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).



Fonte: Araújo (2002)

O contexto existencial, considerando no centro as pessoas privadas de liberdade, se refere às condições de vida como acesso à educação, saúde, moradia e redes de pertencimento.

Contexto situacional designa, segundo autora, o lugar que cada pessoa ocupa na topografia social, naquela situação de comunicação, e que define seu lugar de interlocução. Este contexto é relevante no que tange à equidade na comunicação. O princípio da equidade um dos princípios doutrinários do SUS busca atender as pessoas conforme suas necessidades e reconhecer as diferenças nas condições de saúde e doença da população, deve considerar a diversidade social.

No campo da comunicação o princípio da equidade deve procurar o desenvolvimento de práticas comunicativas que consigam atingir a todos. O Brasil é um país continental. Sua população apresenta características diversas na dimensão cultural, religiosa, étnica, sexo e gênero. Assim, as estratégias de comunicação, ou seja, o como atingir à diversidade populacional, deve ser capaz de considerar as



múltiplas vozes dos sujeitos. Por exemplo, em campanhas relacionadas ao tabagismo, tuberculose, dengue e outras situações do processo saúde e doença as peças publicitárias devem ser produzidas retratando essa diversidade. Temos que ver nestas campanhas mulheres, crianças, idosos, negros e indígenas, não apenas o modelo hegemônico tão comum de família branca e da classe média, (Araújo e Cardoso, 2006).

Outro princípio, a descentralização, no campo da comunicação se expressa em dar voz e direito de ser ouvido às pessoas que antes não faziam parte do horizonte comunicativo, e na perspectiva do financiamento deslocar do nível federal em direção à estados e municípios a gestão dos recursos para a comunicação, pois estes, estão mais próximos dos indivíduos e conhecem melhor os problemas e necessidades territoriais, (Araújo e Cardoso, 2006).

Considerando os múltiplos sujeitos que interagem com as pessoas privadas de liberdade como: familiares, voluntários, profissionais de saúde, profissionais do sistema prisional, as estratégias de comunicação também tem que considerar a polifonia de vozes desses sujeitos. A polifonia é um conceito muito importante apresentado por diversos autores como Bakhtin e outros, que a consideram como a multiplicidade de vozes presentes nos diversos discursos produzidos, permitindo aos interlocutores a capacidade de se identificarem no espaço comunicativo.

Quanto aos profissionais de saúde a relação que se estabelece vai além do contato face a face. Para que as ações e serviços de saúde sejam efetivas, ou seja, a saúde possa ser restabelecida, é necessário que os profissionais de saúde compreendam a visão de mundo, cultura e valores desses sujeitos e assim procurar dar um tom humanizado nas interações que ocorrem no cotidiano dos serviços e ações de saúde.



11. Considerações Finais

Este trabalho propôs-se a analisar o desenvolvimento da saúde das pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional, na perspectiva do direito de todos à saúde. Na perspectiva da comunicação, como esse campo pode colaborar no cotidiano das instituições e na vida das pessoas que participam do horizonte comunicativo do processo saúde doença desse público.

Podemos dizer que as políticas públicas direcionadas à saúde das pessoas privadas de liberdade foi reconhecida como problema político e a execução dos procedimentos para por em prática a política foram de certa forma executadas, as unidades prisionais consideradas como pontos da Rede de atenção à saúde tendo mesmo grau de importância, fazendo parte de uma rede poliárquica de atenção à saúde, conforme apresentado no item 7.1. O campo de possibilidades que a abordagem dos temas possibilita é muito grande, contudo esse espaço não daria conta de explorar as outras dimensões.

Pretendeu-se, também, explorar a dimensão mais abrangente da comunicação, como categoria fundamental da sociedade, e procurou-se identificar o seu papel para tornar melhor o cotidiano das instituições.

O direito à comunicação como inerente ao direito à saúde, também faz parte de um consenso discursivo presente em diversos documentos, tal qual o direito à saúde e a Atenção Primária sendo considerada o centro comunicador responsável por tornar fluidos os processos comunicativos.



12. Referências Bibliográficas

A MEDICINA NO BRASIL IMPERIAL: CLIMA, PARASITOS E PATOLOGIA TROPICAL. Edler FC. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 298p. (Coleção História e Saúde). ISBN: 978-85-7541-215-2.

ALMEIDA, Geovan de. O Crime Nosso de Cada Dia: Rio de Janeiro. Editora Impetus, 2004.

ANDRADE, L.O.M. A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade. Campinas.S.P. 2005. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas.

ARAÚJO I. S., Cardoso J.M. COMUNICAÇÃO E SAÚDE JM. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 152 p. (Coleção Temas em **Saúde**). ISBN: 978-85-7541-125-

BOBBIO, N. Dicionário de política. Editora Universidade de Brasília, 1983.

BOURDIEU, P. O Poder Simbólico. Editora Bertrand, 1989.

BOURGUIGNON, J. A. Concepção de rede intersetorial, 2001. Disponível em <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>>. Acesso em: 20 out.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional.



Legislação em Saúde no Sistema Prisional/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional- Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Legislação em saúde no sistema prisional. Campo Grande, Brasília: Fiocruz Pantanal, MS; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório de Pesquisa: gestão da comunicação aplicada à vigilância em saúde: a percepção dos gestores/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde-Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CARNEIRO, C. B. L.; COSTA, B. L. Diniz; (org.) Gestão Social: o que há de novo. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004.2v.

CASA Civil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [Da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011 Seção 1, p. 1. Disponível em: < 337 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em:04 agosto.2017.

CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais



de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto. Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal.

CORRÊA, Manoel Luiz Gonçalves.(2002).Linguagem & comunicação social:Visões da lingüística moderna. São Paulo, Ed. Parábola.

CKAGNAZAROFF, I.B. Ferramentas de Gestão Social.Revista Pensar BH Política Social, Belo Horizonte: Edição Temática.

ESCOREL, S., TEIXEIRA, S.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista.In: Giovanella et al. (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, p.333-84, 2008.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 2ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Adelaide, Austrália, 1988. Disponível em: <http:

//www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf> Acesso em 12 de dez. de 2017.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 3ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Sundsvall, Suécia, 1991. Disponível em: <http:

//www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf> Acesso em 12 de dez. de 2017.

DECLARAÇÃO DE JACARTA, 4ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Jacarta, Indonésia, 1997. Disponível em: <http:

//www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf> Acesso em 12 de dez. de 2017.

DOCUMENTO DA REDE DE MEGA PAÍSES, Rede de Megapaíses para a promoção da saúde, Genebra- Suíça, 1998.Disponível em:

<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Mgpaíses.pdf>>.Acesso em: 12 dezembro 2017.



DUARTE, Jorge (organizador). *Assessora de imprensa e relacionamento com a mídia: teoria e técnica.* – 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2003.

Engels, Friedrich, 1820-1895 *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra* / Friedrich Engels ; tradução B. A. Schumann ; supervisão, apresentação e notas José Paulo Netto. - [Edição revista]. - São Paulo : Boitempo, 2010. 388p. : il. -(Mundo do trabalho ; Coleção Marx-Engels)

ETZIONE, A.; Análise das Organizações Complexas. São Paulo, Edusp, 1974.

FINKELMAN, Jacobo (Org.) *Caminhos da saúde pública no Brasil.* / Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FOUCAULT, M.. Microfísica do Poder. RJ: Edições Graal , 3 ed. 1982.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública.* Vol. 32, Rio de Janeiro, FGV, 32(2): 35-48, mar./abr. 1998.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social* / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

GUANILO, M.C.D.L.T.U.; TAKAHASHI, R.F.; BERTOLOZZI, M.R. Revisão sistemática: noções gerais. *Rev Esc Enferm USP*, v.45, n.5, p.1260-6, 2011.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. *Curso de direito previdenciário.* 10. ed. Niterói, RJ: Impetus, 2007.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos.: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n.22, p., 1. sem. 2002.

LASSWEL, H. *A Estrutura e a função da comunicação na sociedade.* In Gabriel Cohn (org). *Comunicação e Indústria cultural.* S. Paulo.: Companhia Editora Nacional. 1978.



LEGISLAÇÃO em Saúde no Sistema Prisional/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional- Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MAGALHÃES, Edgar Pontes. Inclusão social e intersetorialidade: o longo caminho dos princípios às estratégias de ação. In: CARNEIRO, Carla Bronzo; COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz (Org.)

.MARSHALL, T. H. (1967). *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar.

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

MENDES, KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4): 758-64.

MENDES, R. Cidades saudáveis no Brasil e os Processos Participativos; os casos de Jundiaí e Maceió. Faculdade de Saúde Pública/USP.2000.

PERROW, C. *Análise Organizacional, um enfoque sociológico*. São Paulo, Atlas, 1976.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Intersetorialidade, o desafio atual para as políticas sociais. *Revista Pensar BH Política Social*, Belo Horizonte: Edição Temática, nº 03.2002.

PLANEJAMENTO na Atenção Básica. Disponível em https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19821/mod_resource/content/2/un2/top2_1.html. Acesso em 20/12/2017.



POLÍTICA Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAIPS). Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-das-pessoas-privadas-de-liberdade-no-sistema-prisional>. Acesso em 15/12/2017.

POPPER, K.R. Conhecimento objetivo. São Paulo: EDUSP, 1975.
PSICOLOGIA Social- Brasil.2. Representação Social/Antonia Silva Paredes.II Oliveira, Denize Cristina.

Rvista de Administração Pública. Rio de Janeiro: FGV, 32(2): 23-33, mar./abr. 1998.

ROCHA, Daniel Machado da. O Direito Fundamental à Previdência Social. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SAMPAIO, R.F, MANCINI, M.C. Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia para Síntese Criteriosa da Evidência Científica. Rev. Bras. Fisioter. São Carlos, v.11, n.1, p 83-89, jan/fev. 2007.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. Dados. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

SARRETA, F.O. Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora Unesp: São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SÉRIE SAÚDE – Higiene e Saúde Pública – Instituto Oswaldo Cruz (IS4)

Barbosa, J. Plácido; Rezende, Cassio Barbosa. (org.) *Os serviços de saúde pública no Brasil, especialmente na cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907: esboço histórico e legislação*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909.

SEVERINO, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre os novos caminhos da interdisciplinaridade. In: Sá, J. L. M. *Serviços sociais e interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 11-21.

SILVA, M.B.B. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. Disponível em <file:///Users/Fam%C3%ADlia/Desktop/INTERSETOR.pdf>. Acesso em 20 de jul 2017.

SEVCENKO, Nicolau. Editora: Cosac Naify, Tema: História do Brasil, Revoltas populares.



VIANA, A. L. D. Novos Riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas.públicas.

VIANA, A.L.d'ÁVILA, BAPTISTA, T.W.F., Análise de políticas de saúde. In: Giovanella et al. (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, p.65-71, 2008.

WOLF, Mauro. Teorias da Comunicação de Massa. Lisboa. Editora Presença. 1999.