



SAÚDE E TRABALHO NO SISTEMA PRISIONAL

Organizadoras:

Anísia Valéria Chaves e Silva

Lucília Nunes de Assis

Michely de Lima Ferreira Vargas

SAÚDE E TRABALHO NO SISTEMA PRISIONAL

Organizadoras:

Anísia Valéria Chaves e Silva

Lucília Nunes de Assis

Michely de Lima Ferreira Vargas



Belo Horizonte
2022

Governador do Estado de Minas Gerais

Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde

Fábio Baccheretti Vitor

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Diretora Geral

Mara Guarino Tanure

Superintendente de Educação e Pesquisa

Paulo Sérgio Mendes César

Coordenação de Educação e Trabalho em Saúde

Amanda Nathale Soares

Produção ASCOM/ESP-MG

Jean Alves de Souza

Editor/Assessor de Comunicação Social

Jacqueline Castro

Diagramação/Design Gráfico

SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Secretário de Estado de Justiça e Segurança Pública

Rogério Greco

Subsecretária de Gestão Administrativa, Logística e Tecnologia

Ana Luisa Silva Falcão

Superintendente de Recursos Humanos

Ana Louise de Freitas Pereira

Diretora de Atenção à Saúde do Servidor

Vilene Eulálio de Magalhães

Coordenação do Núcleo de Atenção Biopsicossocial

Rodrigo Padrini Monteiro

S255 Saúde e trabalho no sistema prisional./ Anísia Valéria Chaves e Silva; Lucília Nunes de Assis; Michely de Lima Ferreira Vargas (orgs.). - Belo Horizonte: ESP-MG,2022.

161 p.

Inclui referências bibliográficas.

ISBN: 978-65-89122-15-9

1. Gestão do trabalho em saúde. 2. Saúde do trabalhador. 3. Sistema prisional. 4. Saúde mental. 5. Doenças infectocontagiosas. I. Silva, Anísia Valéria Chaves e. II. Assis, Lucília Nunes de. III. Vargas, Michely de Lima Ferreira. IV. Título.

NLM WA 300

SUMÁRIO

Agradecimentos	5
Autores	7
Prefácio	11
Apresentação	13
Ilustrações/fotografia	17
Principais siglas	19
Capítulo 01 - Gestão do trabalho em saúde	23
Capítulo 02 - Saúde do trabalhador no sistema prisional	57
Capítulo 03 - Saúde mental no presídio	79
Capítulo 04 - Doenças infectocontagiosas no ambiente prisional	107
Capítulo 05 - Saúde Materno-infantil na Unidade Prisional: desafios da assistência	131
Posfácio	149
Galeria	151



AGRADECIMENTO

No decorrer do caminho até a publicação deste livro, muitas pessoas e instituições nos apoiaram de diferentes maneiras.

Agradecemos as gestoras e os gestores da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais pelo apoio que possibilitou a elaboração desta publicação.

Agradecemos os docentes e autores pela disponibilidade e dedicação com que compartilharam seus conhecimentos.

Agradecemos as trabalhadoras e os trabalhadores do Sistema Prisional de Minas Gerais, alunas e alunos do curso realizado pela presença e compartilhamento de saberes que garantiram e enriqueceram a construção do conhecimento.

Agradecemos a Orquestra Filarmônica de Minas Gerais pela parceria que permitiu aos trabalhadores do Sistema Prisional e docentes se beneficiarem pela música.

Manifestamos nosso respeito às pessoas privadas de liberdade e esperamos que esta publicação contribua para um atendimento humanizado em saúde.

AUTORES

ADRIANA ALVES DE ANDRADE MELO FRANCO

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Especialização em Geriatria e Gerontologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Especialização em Saúde da Família pela UFMG, atua como Analista de Educação e Pesquisa em Saúde na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

ADRIANA DE PAULA REIS

Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho pela Universidade Federal de Minas Gerais, Doutoranda em Estudos de Linguagem pelo Centro Federal Tecnológico de Minas Gerais.

ALESSANDRA KELLY VIEIRA

Graduação em Psicologia e doutorado em Psicologia Social, ambos pela Universidade Federal de Minas Gerais, atua como professora na Universidade do Estado de Minas Gerais.

ANA FLÁVIA QUINTÃO FONSECA

Graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Minas Gerais, Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, atua como Assessora na temática Ambiental e Saúde na Câmara Municipal de Belo Horizonte.

ANDRÉA MARIA SILVEIRA

Graduação em Medicina e doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política, ambos pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina/UFMG e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas/UFMG e atua como Diretora Geral/Superintendente do Hospital das Clínicas da UFMG.

ANÍSIA VALÉRIA CHAVES E SILVA (organizadora)

Graduação em Psicologia, Especialista em Processos Educacionais na Saúde e Mestrado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. É Analista de Educação e Pesquisa em Saúde na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

BERENICE DE FREITAS DINIZ

Graduação em Ciência da Informação PUC Minas. Mestrado em Possui Doutorado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva IRR/Fiocruz Minas. Atua na Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Município de Betim e é professora da PUC Minas.

BRUNA DIAS TOURINHO

Graduação em Farmácia pelo Centro Universitário Newton de Paiva, Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina/UFMG. É servidora da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, onde atualmente é Coordenadora de Vigilância em Saúde Ambiental.

CAMILA AUGUSTA DOS SANTOS

Graduação em Psicologia pela UFMG com mobilidade acadêmica pela Universidade Politécnica de Moçambique, Especialista em Atenção aos usuários de drogas no SUS pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Atua como referência técnica em Saúde Mental na Secretaria de Saúde da Prefeitura de Contagem.

CHERLEN AIDANO MONTEIRO CLEMENTE

Graduação em Psicologia, Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela UFMG, atua na Secretaria de Saúde da Prefeitura de Ribeirão das Neves.

CRISANE COSTA ROSSETI

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, atua no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Municipal da Prefeitura de Belo Horizonte.

EDUARDO VIANA VIEIRA GUSMÃO

Graduação em Medicina Veterinária pela Universidade Federal de Minas Gerais, Especialização em Vigilância em Saúde pelo Instituto Sírío-Libanês, atua como Diretor de Zoonoses da Prefeitura de Belo Horizonte.

HELEN MALLET MAIA E SILVA DE SOUZA

Graduação em Enfermagem pela, Especialização em Vigilância em Saúde pelo Instituto Sírío-Libanês, atuou na Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Matozinhos/MG.

INGRYD GUIMARÃES DE OLIVEIRA

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Especialização em Enfermagem Obstétrica pelo Hospital Sofia Feldman, Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. É enfermeira obstétrica no Hospital Sofia Feldman.

ISABELA CRISTINA ALVES DE ARAÚJO

Graduação em Ciências Sociais e Mestrado em Sociologia, ambos pela Universidade Federal de Minas Gerais, Doutoranda em Sociologia pela Universidade Federal de São Carlos. Atua no Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública da Universidade Federal de Minas Gerais e no Grupo de Estudos sobre Violência e Gestão de Conflitos da Universidade Federal de São Carlos.

ITAMAR PURRI BRANT

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais, Certificado em Psiquiatria pela Faculdade Pierre et Marie Currie/Paris VI e Especialização em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria, Mestrado em Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, pela Universidade Federal de Minas Gerais. É Psiquiatra no Instituto Raul Soares/FHEMIG.

JANAÍNA FONSECA ALMEIDA SOUZA

Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Especialização em Vigilância em Saúde pelo Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Sírío Libânês e Especialização em Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. É Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, onde atua como Coordenadora do Grupo de Análise e Monitoramento da Vacina.

JEAN ALVES DE SOUZA

Graduação em Comunicação Social e Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. É Analista de Educação e Pesquisa em Saúde na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, onde atualmente desempenha a função de Assessor de Comunicação.

JOYCE MARIA BERNARDES NGELO VENTURA

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Sá, Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de Minas Gerais e atua no Hospital Sofia Feldman.

LUCÍLIA NUNES DE ASSIS (organizadora)

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia, Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto René Rachou/Fiocruz Minas. É Analista de Educação e Pesquisa em Saúde na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e atualmente desempenha a função de Diretora de Ensino e Pesquisa na Escola de Governo da Fundação João Pinheiro.

LUDMILA MENDONÇA LOPES RIBEIRO

Graduação em Direito e em Administração Pública, Doutorado em Sociologia pelo IUPERJ (Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro). Professora do Departamento de Sociologia e pesquisadora no Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública (CRISP), ambos na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

MARCELO ARINOS DRUMMOND JÚNIOR

Graduação em Psicologia e Mestrado em Psicologia Social pela UFMG, servidor aposentado da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e docente na Faculdade Arnaldo Jansen.

MARCELO SANTOS SILVA

Graduação em Medicina e Especialização em Infectologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atua com a clínica em Infectologia.

MÁRCIA RODRIGUES RIBEIRO

Graduação em Psicologia e Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção a Violência pela UFMG; atuou na Saúde Mental da Secretaria Municipal de Ribeirão das Neves/MG e atua na Secretaria Municipal de Lagoa Santa/MG.

MICHELY DE LIMA FERREIRA VARGAS
(organizadora)

Graduação em Pedagogia e Doutorado em Políticas Públicas da Educação ambos pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atua como Analista de Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

OSWALDO NORBIM PRADO CUNHA

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de São João Del Rei, Mestre em Comunicação Social, Especialista em Psiquiatria e atua no Instituto Raul Soares/FHEMIG.

PAULO TARCÍSIO PINHEIRO DA SILVA

Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Especialista em Ginecologia/ Obstetrícia, Pós-graduação em Gestão Hospitalar pela ESP-MG e atua na Maternidade Odete Valadares/FHEMIG.

RAFAELA SIQUEIRA COSTA SCHRECK

Graduação em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal de Minas Gerais e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Doutoranda em Enfermagem e atua como pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem.

REILA REZENDE

Graduação em Psicologia pela PUC- Minas, Especialista em Psicologia Hospitalar e atua na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Contagem/MG.

RODRIGO MONTEIRO PADRINI

Graduação e Mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e é doutorando em Psicologia, pela mesma instituição. É Analista na Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais na Diretoria de Atenção à Saúde, onde atualmente é coordenador.

ROSE FERRAZ CARMO

Graduação em Medicina Veterinária e Doutorado em Medicina Veterinária, ambos pela Universidade Federal de Viçosa, Pós-doutorado na área de Saúde Coletiva pelo Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, atua como Analista de Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

VÍVIAN APARECIDA MARQUES FERREIRA

Graduação em Medicina pela UFMG, Especialização em Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e da Adolescência pela FHEMIG, atua no Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Minas Gerais.

TATIANY DE ARAÚJO FONSECA

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Itaúna, Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UFMG e atua no Hospital Sofia Feldman.

WANESSA DEBORTOLI MIRANDA

Graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa, Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, é professora titular no Departamento de Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

PREFÁCIO

Segundo o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) em 2021 o Brasil registrou 679.987 pessoas cumprindo pena ou aguardando julgamento em 1.561 unidades do sistema prisional, o que colocou o país na terceira posição mundial entre aqueles países com maior número de presos.

Cuidar deste enorme contingente de pessoas demanda 96.059 policiais penais dos quais é exigido um rol complexo de conhecimentos, atitudes e habilidades, grande parte do qual apreendido após o ingresso na carreira de Policial Penal.

Um dos temas mais desafiantes para este profissional é o da saúde, não apenas por ser parte do seu trabalho cuidar da saúde das pessoas sob a sua guarda, mas também porque o trabalho no sistema prisional potencialmente o expõe a ambientes e condições de risco a saúde física e mental.

Identificar e reconhecer estes riscos e as formas como eliminá-los ou reduzi-los, assim como as estratégias para se proteger individual e coletivamente constitui um passo importante para manutenção da saúde do trabalhador e também da saúde do preso.

Trazer informações, provocar a reflexão e o debate coletivo sobre estas questões foi o grande desafio do Curso de Qualificação em Saúde para Trabalhadores do Sistema Prisional. A oferta do curso foi organizada tendo como ponto de partida um leque amplo de temas identificados por meio de um diagnóstico realizado pela ESP/MG junto ao sistema prisional mineiro, e o aporte de docentes com diversas origens disciplinares e experiências profissionais. As aulas ministradas constituíram o embrião para organização deste livro.

Ter participado como docente do curso foi para mim um presente da ESP e grande privilégio. O interesse dos policiais penais em conhecer a produção acadêmica sobre as relações saúde trabalho, a curiosidade em saber o que já foi produzido sobre a saúde no sistema prisional, a disposição em participar dos debates e a generosidade em compartilhar, com nós docentes, o conhecimento produzido no cotidiano desses trabalhadores, tornaram a condição de docente uma experiência extremamente gratificante e também de grande aprendizado.

Este processo está traduzido nos módulos deste livro, que ainda têm a virtude de constituir um dos poucos materiais brasileiros dedicados a saúde no sistema prisional voltado para formação de policiais penais.

Certamente, este volume também ampliará o interesse pelo estudo e pesquisa sobre o tema, que no Brasil ainda apresenta muitas lacunas de conhecimento.

Andréa Maria Silveira
Médica e Professora da Faculdade de Medicina da UFMG

APRESENTAÇÃO

Neste livro, o leitor encontrará discussões sobre os temas da Saúde que foram ministrados no curso de Qualificação em Saúde para Trabalhadores do Sistema Prisional de Minas Gerais, ofertado por meio da parceria instituída entre a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e a Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais.

A proposta de formação em saúde foi estruturada a partir de um diagnóstico inicial feito pela ESP-MG¹ que definiu os temas a serem abordados nesse curso: Gestão do Trabalho em Saúde, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Doenças Infectocontagiosas e Saúde Materno-infantil. A escuta e os temas abordados impulsionaram a adesão das equipes de Saúde e Atendimento, de Segurança e Administrativa do Sistema Prisional de Minas Gerais à proposta. Estes temas foram trabalhados numa perspectiva multidisciplinar, considerando a riqueza das diferentes formações e experiências do corpo docente convidado e a complexidade do tema da saúde prisional, e serão apresentados nos capítulos a seguir.

O reconhecimento da complexidade do Sistema Prisional, para além do que a literatura científica apresenta, foi se revelando nas descrições dos processos de trabalho e nas relações vividas dentro e fora dos muros. Diante da escuta e de um olhar atento e o mais imparcial possível, guiado por métodos da análise situacional, buscou-se o desenvolvimento dos conteúdos programáticos orientados pela interface ensino-gestão-serviço, no intento de se alcançar a Educação Permanente em Saúde (EPS), ou seja, realizar uma ação educacional com sentido e significado para trabalhadores com histórias de vida, formações e experiências profissionais tão diversas.

O modelo pedagógico adotado pela ESP-MG, que tem como referencial a Educação Permanente em Saúde (EPS), foi utilizado como proposta metodológica que possibilitou a valorização dos saberes dos trabalhadores do Sistema Prisional, estruturados, em sua maioria, a partir das experiências vivenciadas para favorecer a articulação com os referenciais teóricos apresentados. Foi necessário considerar a pouca vivência da equipe da ESP-MG com o território de trabalho de unidades prisionais, o que requisitou a articulação com outros campos de conhecimento, como a Sociologia e o Direito.

Este livro, resultado de uma ação educacional estruturada de forma compartilhada entre ESP-MG e SEJUSP-MG, orienta-se pelo direito à saúde e pela humanização das ambiências prisionais, vislumbrando uma atenção em saúde para a população privada de liberdade, construída em rede.

1 CHAVES E SILVA, Anísia Valéria; ASSIS, Lucília Nunes; VARGAS, Michely Ferreira Lima et al. CONHECENDO AS DEMANDAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SISTEMA PRISIONAL DE MINAS GERAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. In: ANAIS DO 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 2019, João Pessoa. **Anais eletrônicos**. Campinas, Galoá, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/8o-cbcshs/papers/conhecendo-as-demandas-de-formacao-em-saude-dos-trabalhadores-do-sistema-prisional-de-minas-gerais--um-relato-de-experie>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

O Capítulo Saúde e Trabalho no Sistema Prisional buscou abordar o trabalho como uma dimensão da vida que diz respeito à garantia da sobrevivência, ao exercício de um papel social e à autorrealização subjetiva. Assim, modos de produção e reprodução social foram associados aos processos saúde-doença, trazendo fundamentos e reflexões para servir de apoio à identificação de fatores de proteção e de adoecimento, além de possíveis estratégias favoráveis a processos de trabalho, componentes de um sistema dinâmico e coletivo. Tal discurso está voltado para reflexões críticas que impulsionem a ressignificação do trabalho, mesmo frente aos desafios inerentes ao trabalho em uma unidade prisional, pois sujeitos em coletivo podem construir de forma mais efetiva estratégias de proteção.

O Capítulo a seguir discute o tema da Saúde Mental na perspectiva dos privados de liberdade acometidos por esse tipo de sofrimento, buscando também expandir esse cuidado aos trabalhadores da unidade prisional. Os tratamentos clínico-farmacêuticos, que historicamente sempre fizeram uso das classificações das doenças para definir os tratamentos, são discutidos, considerando-se a importância das abordagens terapêuticas associadas aos fármacos. Para tanto, abordou-se a história da Saúde Mental, marcada por práticas de exclusão e de violação dos direitos humanos, destacando-se os momentos de reconhecimento da importância da história de cada pessoa e da proposição de práticas e cuidados calcados no afeto e na inclusão social. Nesse sentido, foram apresentadas experiências de cuidado em saúde mental e foi marcada uma aproximação ao tema, de forma livre de padrões quanto ao que seria o estado mental normal e os comportamentos esperados, definidos pelas normas sociais e pelo senso comum. Quanto à apresentação de abordagens terapêuticas, buscou-se ampliar as possibilidades de construção de estratégias pessoais, bem como de processos de trabalho mais coesos, abertos às ações de promoção, proteção e assistência à saúde mental, em prol da qualidade de vida em geral.

Os processos de trabalho das equipes da saúde, da segurança e do administrativo na unidade prisional foram identificados como um importante fator de cuidado à saúde do privado de liberdade e do próprio trabalhador, daí tal tópico ter sido tema de um Capítulo específico: Gestão do Trabalho em Saúde na Unidade Prisional. Buscou-se, assim, clarear aspectos da gestão e da organização da atenção em saúde no âmbito da unidade prisional, segundo o que está previsto no Sistema Único de Saúde (SUS) e por suas políticas específicas voltadas à população privada de liberdade. Atentou-se para a construção gradativa dos conteúdos anteriores em prol da aprendizagem e aplicação do conteúdo em questão, considerando possíveis mudanças quanto às práticas de trabalho de indivíduos e grupos no âmbito do território da unidade prisional.

A seguir, um tema de extrema pertinência à saúde da população privada de liberdade e dos trabalhadores foi explanado no Capítulo intitulado Doenças Infectocontagiosas do Ambiente Prisional. Em uma linguagem acessível, fundamentos teóricos do processo saúde-doença ao longo da história foram apresentados, dialogando com o conceito da saúde para além da ausência da doença, o que necessariamente envolve a importância da relação estabelecida entre os seres humanos e o meio ambiente, por exemplo. A seguir, teorias e práticas da Vigilância em Saúde foram demonstradas, de forma aplicada ao contexto de uma unidade prisional, contribuindo para a análise da situação de saúde e das intervenções passíveis de serem realizadas por aqueles que trabalham e convivem no ambiente prisional. Mais uma vez, o fortalecimento do trabalho coletivo foi evidenciado e demonstrado.

Por fim, um tópico mais atrelado às unidades prisionais voltadas ao público de mulheres, gestantes e crianças (fase inicial da primeira infância) é tratado no Capítulo Saúde Materno-Infantil. O conteúdo apresenta-se de forma a elucidar a fase gestacional e os primeiros anos de vida, em seus principais aspectos e cuidados necessários, deixando evidente a relevância da qua-

lificação do pessoal da saúde como retaguarda e apoio aos demais colegas de trabalho. O porquê da adequada abordagem das equipes como um todo se justifica na exposição dos diversos aspectos que compõem a situação de múltiplas vulnerabilidades do público-alvo em questão. Desta forma, o Capítulo não se abstém de apontar a importância dos serviços de saúde em rede para a integralidade do cuidado materno-infantil.

O livro não tem a pretensão de esgotar as discussões e as possibilidades de aprendizagem sobre a Saúde Prisional. Trata-se de uma produção obtida a partir da contribuição generosa de gestores e técnicos de áreas diversas do Sistema Prisional e do SUS que permitiram 'ao outro' se aproximar e se inteirar quanto às dificuldades inerentes ao papel dos mesmos em sociedade, dos nós críticos da atenção à saúde em rede e dos conflitos e consensos quanto às diferentes rotinas de trabalho dentro de uma unidade prisional. Porém, foi junto à exposição de tantos desafios e necessidades que se revelou a capacidade de superação desses indivíduos como sujeitos-atores de uma realidade de possibilidades. Assim, este livro expressa e apoia a potencialidade das formas de trabalho e vida que não podem ser cerceadas por muros.

As organizadoras



ILUSTRAÇÕES/FOTOGRAFIA

As fotos que fazem parte deste livro foram tiradas no âmbito do Projeto Voz, iniciativa que utiliza diferentes ferramentas de comunicação e meios de divulgação para fomentar o debate sobre o cotidiano prisional. Para tanto, o fotógrafo Leo Drumond e a jornalista Natália Martino, coordenadores do projeto, buscam dialogar com custodiados e profissionais, ora ouvindo e retratando suas histórias ora fornecendo formação para que essas pessoas se expressem.

Os trabalhos foram possíveis por patrocínios de empresas e fundações privadas, que possibilitaram a publicação de cinco revistas batizadas de **A Estrela**. Ainda, uma grande campanha de financiamento coletivo, realizada em 2017, possibilitou o lançamento do livro **Mães do Cárcere**. Muitos trabalhos foram também publicados na imprensa. Grande parte desse material pode ser consultado em www.projetovoz.com.

*Natália Martino
Léo Drumond*

PRINCIPAIS SIGLAS

APS Atenção Primária a Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAT Comunicação de Acidente de Trabalho

CERESP Centro de Planejamento do Sistema Prisional

CEREST Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CIB Comissão Intergestores Bipartite

CID Classificação Internacional de Doenças

CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde

CRISP Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública

DEPEN Departamento Penitenciário Nacional

DSS Determinantes Sociais da Saúde

ECT Eletroconvulsoterapia

ESF Estratégia de Saúde da Família

INFOPEN Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro

INSS Instituto Nacional de Seguridade Social

IST Infecções Sexualmente Transmissíveis

LDRT Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho

LEP Lei de Execução Penal

MS Ministério da Saúde

MTSM Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS Núcleo de Atenção Psicossocial

NOB Norma Operacional Padrão

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNAMPE Política Nacional de Atenção as Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional

PNAISP Política Nacional de Atenção as Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNPSSP Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PPL População Privada de Liberdade

PSF Programa Saúde da Família

OMS Organização Mundial de Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

SEST Serviço Especial de Saúde do Trabalhador

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

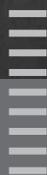
RAS Redes de Atenção à Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UP Unidade Prisional

VDRL Veneral Disease Research Laboratory

VS Vigilância em Saúde



CAPÍTULO I

Gestão do trabalho em saúde

Gestão do trabalho em saúde

— Berenice Freitas Diniz
— Cherlen Monteiro Clemente
— Jean Alves de Souza
— Reila Rezende
— Rose Ferraz Carmo
— Wanessa Debortoli Miranda

Nesse Capítulo, vamos conversar sobre a Gestão do Trabalho em Saúde. Vamos abordar o conceito ampliado de saúde, a conquista da saúde como um direito, a história da saúde no Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios. Também vamos dialogar sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), a gestão em saúde na unidade prisional e a comunicação em saúde na articulação com as redes municipais de saúde.

Vamos conhecer:

- A História da saúde no Brasil: lutas e conquistas, garantias constitucionais sobre o direito à saúde, o SUS e os direitos sociais.
- A Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.
- Subsídios para construir a garantia da integralidade à saúde da pessoa privada de liberdade.
- Alguns desafios para garantir a saúde das populações e em específico da população privada de liberdade.
- O que é o território de saúde e o contexto da unidade prisional.

O objetivo é, a partir das experiências de cada um, da realidade vivenciada, da reflexão sobre esse tema, das legislações vigentes, pensar como é possível agir por meio do trabalho para garantir o cuidado integral, ofertando e articulando as ações e serviços de saúde com a rede de serviços para as pessoas privadas de liberdade. Para isso, é fundamental compreender que essas pessoas, que estão em um contexto de território que é a unidade prisional, têm necessidades específicas, individuais e coletivas.

Noções de Saúde Pública

O que é ter saúde

O homem sempre buscou definições ou explicações para os fenômenos da natureza, como o adoecimento e a morte. Dessa forma, ao longo da história da humanidade, o conceito de saúde sofreu modificações, dependendo dos valores culturais, sociais e também das concepções religiosas e filosóficas em cada tempo histórico (SCLIAR, 2007).

No Dicionário de Educação Profissional em Saúde, a pesquisadora Madel Terezinha Luz traz uma reflexão sobre o termo saúde, abordando as suas diversas origens.

Saúde, em português, deriva de *salute*, vocábulo do século XIII (1204), em espanhol *salud* (século XI), em italiano *salute*, e vem do latim *salus* (*salutis*), com o significado de salvação, conservação da vida, cura, bem-estar. O étimo francês *santé*, do século XI, advém de *sanitas* (*sanitatis*), designando no latim *sanus*: “são é o que está com saúde, aproximando-se mais da concepção grega de ‘higiene’, ligada deusa Hygea” (LUZ, 2008:353).

Os diferentes significados do termo mostram que não existe um consenso sobre ele, dessa forma uma determinada pessoa caracteriza e conceitua o que é ter saúde de acordo com o seu pensamento, as suas formas de ver o mundo e as suas experiências e vivências (BASTOS, 2011; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Do ponto de vista histórico e social, as explicações sobre o processo de adoecimento sofreram modificações ao longo do tempo. Na antiguidade (período de 4000 a.C até 476 d.C) as epidemias e pestes foram associadas aos períodos de guerra e as causas das doenças tinham explicações sobrenaturais, sendo consideradas castigos dos deuses devido à desobediência das pessoas, ou seja, ter saúde ou não, estava relacionado a questões religiosas (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).



ATIVIDADE

Questão norteadora: A partir do nosso conhecimento e vivências, o que compreendemos por saúde?

Tempo 30 min | Material necessário: Folha A4 e pincel atômico.

O docente divide a turma em duplas ou grupo de três pessoas e nos grupos se discute uma palavra que conceitue saúde para o grupo.

Depois eles escreverão a palavra escolhida em uma ficha tipo tarjeta e cada dupla ou grupo apresentará a palavra e a justificativa da escolha.

Cada palavra deverá ser afixada em um quadro para que todos vejam. O docente destacará os principais pontos apresentados.

Foram realizados até o início do século XX várias investigações e estudos sobre o conceito de doença e de contágios, no entanto o que predominou foi a teoria miasmática, influenciando

o pensamento médico sanitário da época. Segundo essa teoria, as condições de saúde eram causadas pelos miasmas (vapores) e odores que emanavam do solo por meio dos esgotos, pântanos, do ar e da terra (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Com a evolução das pesquisas e o desenvolvimento do microscópio, no final do século XIX e início do século XX, em 1876 viria a confirmação da teoria do contágio, por meio dos estudiosos Louis Pasteur (1822 – 1895) e Robert Koch (1843 – 1910), que estabeleceram a teoria dos germes ou teoria bacteriana, segundo a qual a doença era causada por um agente etiológico (CZERESNIA, 1997). Nesse modelo, denominado unicausal, a explicação para as doenças era consequência apenas do aspecto biológico, da ação dos microorganismos sobre o corpo, a partir do qual o modelo biomédico (práticas do cuidado em saúde) se estruturou, impulsionando o desenvolvimento das vacinas e o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica. O modelo biomédico priorizou como fator de adoecimento, apenas as questões biológicas, físicas e químicas, desconsiderando as questões do modo de vida de cada indivíduo e os aspectos sociais.

Assim, essas teorias foram muito importantes para a construção do conhecimento sobre as causas das doenças, no entanto, ao longo da evolução científica, elas se demonstraram insuficientes para explicar porque certas pessoas adoeciam mais que outras.

Em meados do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, os epidemiologistas, estudiosos de como ocorrem, distribuem-se e evoluem as morbidades na população, construíram o conceito de causalidade específica, implicando na necessidade da organização de modelos que considerassem as várias causas para o adoecimento. Surge então, o conceito de multicausalidade (PEREIRA; VEIGA, 2014). Com isso foi possível identificar que uma mesma população pode adoecer por situações diversas, inclusive pela exposição a fatores de risco à saúde, onde o entendimento de que estar sob risco¹ é propabilidade que varia para cada pessoa (BATISTELLA, 2007; PEREIRA; VEIGA, 2014).

O Modelo Multicausal esclarece a concepção de risco ao associar variáveis individuais (idade, gênero, genética etc) à exposição a fatores biológicos, físicos (temperaturas extremas, radiação, ruído etc) e químicos (poeira, fumo, metais pesados etc), de forma associada ao contexto ambiental e sociocultural. Assim, a explicação do processo saúde-doença passa a englobar os modos de viver, o que incluiria tipo de moradia, trabalho, acesso ao saneamento, educação, hábitos de higiene, lazer, alimentação etc. Esse modelo é muito importante para o conhecimento das causas que geram o adoecimento, no entanto, falha ao não explicitar o papel exercido pelas desigualdades sociais na determinação do processo saúde-doença, favorecendo o entendimento de que há um nivelamento do viver, adoecer e morrer entre os diferentes grupos de uma popu-

Houve uma época em que os germes não eram conhecidos pela ciência e, portanto, não eram considerados os causadores das doenças.

Houve um período da história em que as putrefações, fluidos e odores que exalavam das matérias em decomposição eram considerados os causadores das doenças.

?

VOCÊ SABIA?

¹ Entende-se por risco a exposição a fatores que comprovadamente fazem parte da linha causal de uma doença ou estão associados ao adoecimento, como: uso de tabaco e câncer de pulmão; exposição ao Zika vírus na gestação e microcefalia do recém-nascido; ingestão de água contaminada por metal pesado e intoxicação aguda ou crônica etc

lação (PUTTINI, PEREIRA JR; OLIVEIRA, 2010; BATISTELLA, 2007).

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1946 a Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (OMS, 1946).

A partir da década de 1960 desenvolve-se a epidemiologia social, incorporando conceitos de como as diferentes formas de organização social influenciam no processo saúde-doença, explicitando as desigualdades na saúde ao considerar aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos como determinantes e condicionantes no processo saúde-doença (RAMOS et al., 2016; PUTTINI, PEREIRA JR; OLIVEIRA, 2010; BATISTELLA, 2007).

No final da década de 1970, foi realizada a Conferência Mundial sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata, no Cazaquistão², que discutiu como deveria ser organizada de maneira global a Atenção Primária à Saúde (APS) a fim de garantir saúde para todos. Foi a partir daí que se estabeleceu uma nova proposta de atenção e cuidado em saúde baseada na organização da Atenção Primária, tendo como referência para a sua atuação as situações de saúde e as realidades vivenciadas nos respectivos territórios.

A Conferência de Alma Ata ao reconhecer o desenvolvimento econômico e social como um fator decisivo para garantir a qualidade de vida e saúde dos povos, discutiu os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) e respectivas influências, chamando atenção para que se pense o acesso às ações de saúde a partir de desigualdades e condições de vulnerabilidade dos grupos em um território, evitando reforçar iniquidades (injustiças) em saúde (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007).

A partir dessa perspectiva, no Brasil a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais definiu que os DSS relacionam-se a fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam os problemas de saúde, respectivos fatores de risco e exposição aos mesmos.

Há vários modelos criados a fim de apresentar os DSS, destacamos aqui o modelo esquemático de Dahlgren e Whitehead comentado por Buss e Pelegrinni Filho (2007) que consideram esse modelo mais abrangente, pois engloba as relações sociais que constituem os DSS.

2 Cazaquistão é um país situado na Ásia.

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007:84

Um modelo é uma forma esquemática de demonstrar graficamente conceitos e ideias sobre um determinado tema. Ao observar o modelo de DSS proposto por Dahlgren e Whitehead, conseguimos compreender que ele traz conceitos vitais sobre o que pode determinar a saúde ou situações que podem gerar o adoecimento. Nesse sentido, de forma mais ampla, podemos afirmar que a saúde e a doença são consequências das condições de vida e trabalho das pessoas e grupos populacionais.

Esse modelo está organizado em camadas, ao observá-lo veremos que ele tem na sua base o indivíduo, cujas relações de saúde estão relacionadas às suas condições, tendo em perspectiva suas características hereditárias/genéticas, idade, sexo e gênero, ou seja, fatores relacionados a questões naturais que fazem parte da vida humana.

Partindo de características de cunho mais individualizado, observadas no centro da Figura 1, passamos a verificar a interface destas com fatores inerentes a grupos sociais, o que conforma comportamentos e o modo de viver de cada um, também chamados de estilos de vida. Assim, entende-se por estilo de vida a forma como nos alimentamos, como fazemos uso de substâncias diversas, a realização ou não de atividade física, dentre outros aspectos que podem influenciar a nossa qualidade de vida e por consequência nos tornar mais propensos ao adoecimento ou não. No entanto, os modos de viver de cada um, são influenciados por diversas questões, não sendo somente decisões individuais. Nesse sentido, o modo como as pessoas vivem está também relacionado ao acesso à informação, à proteção social, às influências de propagandas, questões culturais, ao acesso ao lazer, à alimentação saudável, às questões econômicas e aos diferentes contextos sociais onde se dá a vida.

Por sua vez, nas redes comunitárias de apoio podemos perceber como é o nível de coesão social, verificando se a sociedade se organiza por meio da solidariedade ou não. Também é possível identificar como são as relações humanas, os relacionamentos com a vizinhança, no trabalho, a rede de amigos e a vivência na comunidade, pois, essas relações podem determinar a saúde das pessoas e a forma de enfrentar o adoecimento.

Nos próximos níveis estão representadas as condições sociais da população, acesso a habitação/moradia, à alimentação saudável e sem agrotóxicos, saneamento e água tratada, transporte, características do trabalho, o acesso à educação, à saúde. As pessoas que têm menor garantia de direitos, menor acesso a bens e serviços, vivem e trabalham em ambientes insalubres, estão em desvantagem social e conseqüentemente são mais vulneráveis, estando assim em condições de iniquidade e sujeitos a maior adoecimento.

No último nível estão destacadas as condições econômicas, culturais e ambientais nas quais a sociedade de modo geral está organizada. É a partir dessa análise que as políticas públicas são formuladas e implementadas, enquanto respostas às necessidades sociais da população no que tange à educação, segurança, cultura, habitação, saúde, dentre outras, destacando que o alcance de resultados efetivos pelas políticas de saúde pode estar relacionados ao desenvolvimento das demais. As condições de vida e trabalho são construídas socialmente e, portanto, podem ser alteradas, por isso é fundamental conhecer a nossa sociedade a fim de identificar quais fatores podem gerar maior adoecimento ou uma melhor situação de saúde da população.

Dessa forma, é importante que os governos elaborem políticas com finalidade de maior justiça social, com ações intersetoriais, cujo objetivo seja a diminuição das desigualdades sociais. Para tanto, é fundamental que a população seja participativa e exerça de forma concreta sua cidadania, cobrando das instituições governamentais democratização, transparência e maior acesso às informações em saúde, para melhor compreensão e intervenção efetiva sobre a realidade, provocando aperfeiçoamentos, mudanças e até mesmo transformações.

A compreensão de que os DSS condicionam a qualidade de vida e os processos saúde-doença demonstra a importância de que relações saudáveis sejam estabelecidas no território onde as pessoas vivem. Falamos aqui na definição de território para além do espaço geográfico, como aponta Milton Santos (1998). Para esse autor, o território é o espaço onde a vida individual e coletiva acontece. Desse modo, no território há uma relação da vida social onde as pessoas podem ter ou não acesso mais igualitário às condições para a sua sobrevivência. Essa situação de igualdade ou desigualdade social é que irá determinar a condição de saúde ou de doenças para uma população.

Entender o território onde se dá a vida e/ou o trabalho pode ser uma ferramenta útil, que apoia as ações que levam ao alcance de objetivos. Por isso, há de se analisar as relações de poder existentes nos diversos territórios (poder econômico, político, das ideias, do reconhecimento ou prestígio etc.); as relações de vizinhança e de solidariedade estabelecidas; os tipos e como se distribuem as riquezas produzidas pelo trabalho, como bens e serviços; a identificação dos equipamentos sociais disponíveis (saúde, escolas, serviços sociais, praças de esporte, biblioteca, espaços culturais ou de lazer, espaços naturais etc.) e a forma como a informação circula, sendo esta fonte de conhecimento de como se dá a vida em determinado território (SANTOS, 1998).

Pactuando dessa ideia, Monken e Barcellos (2006) afirmam que o território é o local onde

?

VOCÊ SABIA?

A Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS em nosso país, afirma no seu artigo 3º que os DSS são essenciais para a condição de saúde da população e enfatiza que quanto mais organizado socialmente estiver um país e com menor desigualdade social, melhor será a situação de saúde da sua população.

Mais adiante vamos falar sobre a Lei 8080/1990.

as pessoas vivem e onde a interação e as relações acontecem, logo, compreender este território é essencial para conhecer sua população, respectivas necessidades sociais e entre estas os problemas de saúde, a fim de apoiar a qualidade de vida e definir serviços e ações de saúde assertivos.

É por isso que a análise da situação de saúde prevista pelos serviços da APS ou Atenção Básica considera o levantamento de informações de saúde dos indivíduos, dos núcleos familiares ou grupos (exposição a riscos¹, situações de agravos ou danos³, morbidades existentes, óbitos, queixas, sinais e sintomas, acidentes et), associadas a aspectos demográficos (sexo, idade, escolaridade ...), socioeconômicos (renda familiar), ocupacionais (tipo de trabalho ou estudo), estilos ou hábitos (esporte, alimentação), dentre outros.

De forma resumida, esse olhar amplo sobre a situação de saúde, com o mapeamento e descrição dos DSS e causas mais diretas relacionadas ao processo saúde-doença dos grupos que vivem ou convivem em um território, é que possibilita o planejamento de ações voltadas à problemas de saúde atuais e aqueles potenciais que ainda não ocorreram, mas podem ocorrer. A partir daí podem ser traçadas as necessidades quanto a serviços e ações de saúde, sejam elas de promoção, proteção, recuperação e/ou reabilitação, o que também contribui para a diminuição das iniquidades (injustiças), de forma mais potencial ainda quando a saúde troca informações e se articula com outros setores como segurança, administrativo, assistência social, educação, cultura etc.



SAIBA MAIS

DSS de forma aplicada ao processo de saúde-doença da população:

- 1) Herança Social. <https://www.youtube.com/watch?v=637MgE8hksw&t=171s>
- 2) Muito além do peso. <https://www.youtube.com/watch?v=8UGe5GiHCT4>

A Saúde como um Direito

Durante a Segunda Guerra Mundial, o mundo vivenciou muitas atrocidades, principalmente contra o povo judeu, e no período pós-guerra foi necessário que os países, em uma perspectiva mais civilizatória, propusessem regras mínimas internacionais que garantissem a dignidade e a proteção à vida das pessoas nos diferentes contextos. Nesse sentido, foi elaborada em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos que considera a saúde como um direito fundamental do ser humano, afirmando em seu artigo XXV que

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice

³ Entende-se por agravo qualquer tipo de dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por doenças, condições de vida ou circunstâncias nocivas que impliquem em acidentes, intoxicações, abuso de drogas, lesões auto ou heteroinfligidas, dentre outras (GOMES, 2015).

ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora de matrimônio, gozarão da mesma proteção social (ONU, 1948).

O Brasil, durante muitos anos, não considerou a saúde como um direito dos cidadãos, as pessoas não tinham acesso a serviços e ações para a promoção, proteção e recuperação da sua saúde. Na história do nosso país podemos observar que as pessoas adoeciam e morriam sem ter a quem e onde recorrer, porque além da saúde não havia outros direitos sociais garantidos constitucionalmente.

No contexto da história da saúde pública no Brasil, podemos destacar que dos anos de 1500 até os anos de 1930 não existia no país uma política pública, nem um modelo de atenção à saúde que cuidasse da saúde da população. Sendo assim, as pessoas tinham acesso às plantas e ervas por meio dos curandeiros, que eram reconhecidos pela arte de cuidar das doenças (POLIGNANO, 2001).

No início dos anos de 1900, instituiu-se a assistência à saúde de forma coletiva com ações de saneamento e combate às endemias. Nessa época a saúde dos cidadãos não era uma preocupação dos governos e foram garantidas condições de saúde apenas para os trabalhadores envolvidos na produção e exportação de matéria-prima pelos portos, pois as doenças poderiam prejudicar a principal atividade econômica da época. Também proliferaram pelo país os Boticários que manipulavam as fórmulas prescritas pelos médicos, mas a verdade é que eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los, isso porque a população em geral não tinha acesso a atendimento médico (CIELO, SCHMID, WENNINGKAMP, 2015; POLIGNANO, 2001).

Previdência Social e Saúde

A história da assistência à saúde no Brasil, a partir do início do século XX, origina-se com a história da Previdência Social. Os trabalhadores na época não tinham nenhuma garantia e direitos trabalhistas, como férias, jornada e horário de trabalho definidos, pagamento de hora extra, licença maternidade ou paternidade, pensão e aposentadoria. Em função dessa situação e das péssimas condições de trabalho existentes, o movimento operário organizou e realizou greves gerais no país no período entre 1917 e 1919 e como fruto dessa ação coletiva, conquistou alguns direitos sociais (POLIGNANO, 2001; ANDRADE; SANTOS; RIBEIRO, 2013). Começou assim, com a organização dos trabalhadores, a se discutir e implementar gradativamente a previsão de aposentadorias, a manutenção da remuneração em casos de afastamento do trabalho por adoecimento, a cobertura de assistência à saúde etc.

Um dos resultados dessa luta dos trabalhadores foi a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) por meio da Lei Eloy Chaves, conforme nome do deputado autor da mesma, o que representou o embrião da Previdência Social no Brasil (BRASIL, 2021b). Por meio desta lei, CAP foram instituídas por categorias profissionais como funcionários do Banco do Brasil, de estatais e multinacionais, onde o acesso à assistência médica era uma importante oferta garantida aos beneficiários (PAIM, 2002).

Em 1934 os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) foram criados, dando maior ênfase à cobertura previdenciária, incluindo de forma gradativa as diversas categorias de trabalhadores (comerciários, industriários, bancários, servidores públicos etc), onde o Estado passou a ser contribuinte, além dos trabalhadores e empresas (ANDRADE; SANTOS; RIBEIRO, 2013;

PAIM, 2002; POLIGNANO, 2001). Em 1966, ocorreu a fusão dos IAP e originou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com maior centralização da gestão pelo Estado e expansão da Previdência Social como principal órgão vinculado a serviços prestadores de saúde aos trabalhadores formais e seus beneficiários, o que incluiu trabalhadores rurais a partir de 1972 (PAIM, 2002; POLIGNANO, 2001).

Nessa época, a política de saúde era realizada da seguinte forma: ações de caráter coletivo como vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária ficavam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Por sua vez, a assistência médica individual, centrada no INPS e posteriormente no Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com acesso apenas para trabalhadores formais, ou seja, com carteira assinada. Essa atenção médica estava centrada no indivíduo, a partir de um contexto político que favorecia como centro do cuidado o hospital, aliado à compra pelo Estado de procedimentos em serviços de saúde privados, ao invés de consolidar uma rede física pública que ofertasse atenção básica, exames laboratoriais e de imagem, consultas especializadas, tratamentos hospitalares, dentre outros (CIELO; SCHMID; WENNINGKAMP, 2015).

Ainda no regime autoritário na década de 1970, houve uma grande mobilização social pela abertura democrática. As pessoas estavam insatisfeitas com as questões econômicas da época, sobretudo com a falta do direito à liberdade, morrendo sem atendimento digno à saúde e com o aprofundamento da desigualdade social e crise econômica fazendo parte da realidade brasileira.

Nesse mesmo período, no campo da saúde, surge o denominado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, iniciado pelos departamentos universitários de medicina preventiva e social e composto por estudantes, professores, trabalhadores da saúde e intelectuais. Também foram criadas na época instituições como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) para dar visibilidade e articular os pensamentos do movimento sanitário e dialogar com os diversos setores da sociedade (ESCOREL, 1999; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Assim, sociedade civil organizada, entidades de classe e instituições diversas se mobilizaram em prol de conquistas quanto ao direito à saúde, reivindicando respostas do estado brasileiro quanto a estas demandas, já a partir da década de 70, conforme ilustrado pela Figura 2 a seguir.

Que nessa época, como não existia o DIREITO à SAÚDE, garantido na Constituição, as pessoas que não possuíam carteira assinada eram tratadas como indigentes? Elas eram atendidas nas Santas Casas de Misericórdia como uma ação de caridade.

?

VOCÊ SABIA?

Figura 2 – Movimento Pró Constituinte e a Defesa do Direito à Saúde, Rio de Janeiro, 1987



Fonte: CHAGAS; TORRES, 2008 – Foto: Erik Barros Pinto/Projeto Radis/ENSP/Fiocruz

Tais movimentos sociais em prol do direito cidadão à saúde culminaram com a realização da 8ª Conferência de Saúde em 1986 e a consolidação de suas propostas em respectivo Relatório que subsidiou o próprio texto constitucional de 1988 (Figura3).

Figura 3 - 8ª Conferência Nacional de Saúde: propostas para o texto texto constitucional



Fonte: CNS, 2019 - Foto da Plenária da 8ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em Brasília entre os dias 17 e 21/03/1986.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve a presença de mais de quatro mil pessoas e foi a primeira conferência realizada com a participação de representantes da sociedade civil (usuários). Anteriormente foram realizadas conferências com técnicos dos ministérios e representantes dos poderes legislativos. A 8ª Conferência é um marco na história da saúde pública no Brasil para a criação do SUS, pois durante a sua realização foram debatidos três temas principais - Saúde como dever do Estado e direito do cidadão; Reformulação do sistema de Saúde brasileiro e Financiamento da saúde (CNS, 2019).

O Movimento da Reforma Sanitária conseguiu discutir suas propostas na 8ª Conferência de Saúde, realizada em 1986 e elaborou proposições para a política de saúde, originando mudanças baseadas na universalidade, no acesso igualitário, na descentralização com a municipalização das ações e serviços de saúde e na participação social.

Foi essa proposta que chegou à Assembleia Nacional Constituinte, como diretriz à elaboração do novo texto constitucional, reconhecendo o conceito de saúde ampliado, assistência de forma preventiva e curativa e gestão participativa (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Na Constituição Federal de 1988 a Saúde foi garantida pela PRIMEIRA VEZ na história do Brasil como um DIREITO para TODOS os cidadãos, expresso no seu art. 196 ao determinar que

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 a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Para a garantia de direitos na Constituição, foi necessário um longo percurso de organização da sociedade, manifestações nas ruas, diálogos entre os diversos setores como as universidades e poderes legislativo e executivo. Além da Constituição Federal, o SUS contém um conjunto de normas que regulamenta e organiza a atenção e as políticas de saúde em todo o território nacional, as principais são a Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990a) que sedimenta as orientações constitucionais do SUS e a Lei 8142/1990 (BRASIL, 1990b) que trata do controle social e da transferência de recursos financeiros.

Como vocês puderam observar, na história das políticas de saúde no Brasil, o SUS emergiu como resultado das lutas sociais, considerando que as pessoas devem ter dignidade e a garantia do cuidado em saúde de forma integral, devendo ser levadas em conta as necessidades da coletividade e as singularidades de cada um.



“Saúde não é simplesmente ausência de doenças, é muito mais que isso. É bem-estar mental, social, político. As sociedades criam ciclos que, ou são ciclos de miséria, ou são ciclos de desenvolvimento [...]. Saúde é o resultado do desenvolvimento econômico-social justo”.

Fragmentos do discurso do médico e sanitarista Sérgio Arouca, que presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2021a).



Assista ao documentário: **Políticas de Saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde.**

Disponível em:

<https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/documentario-politicas-saude-brasil>

A luta para a criação do SUS insere-se na concepção de que o Estado deve cuidar da vida humana, que a saúde não deve ser tratada como mercadoria. Além disso, os direitos sociais devem ser garantidos, pois eles determinam o grau de saúde de uma população. Nessa perspectiva, Merhy (2014) afirma que foi a partir da Constituição Federal de 1988, quando a saúde passa a ser um direito de todos, que o nosso país passou a reconhecer que a vida de todos os brasileiros vale a pena e não apenas a vida de alguns.

A Constituição Federal de 1988 garante um conjunto de direitos sociais, conforme seu Artigo 6º e isto inclui educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).



Os princípios do SUS

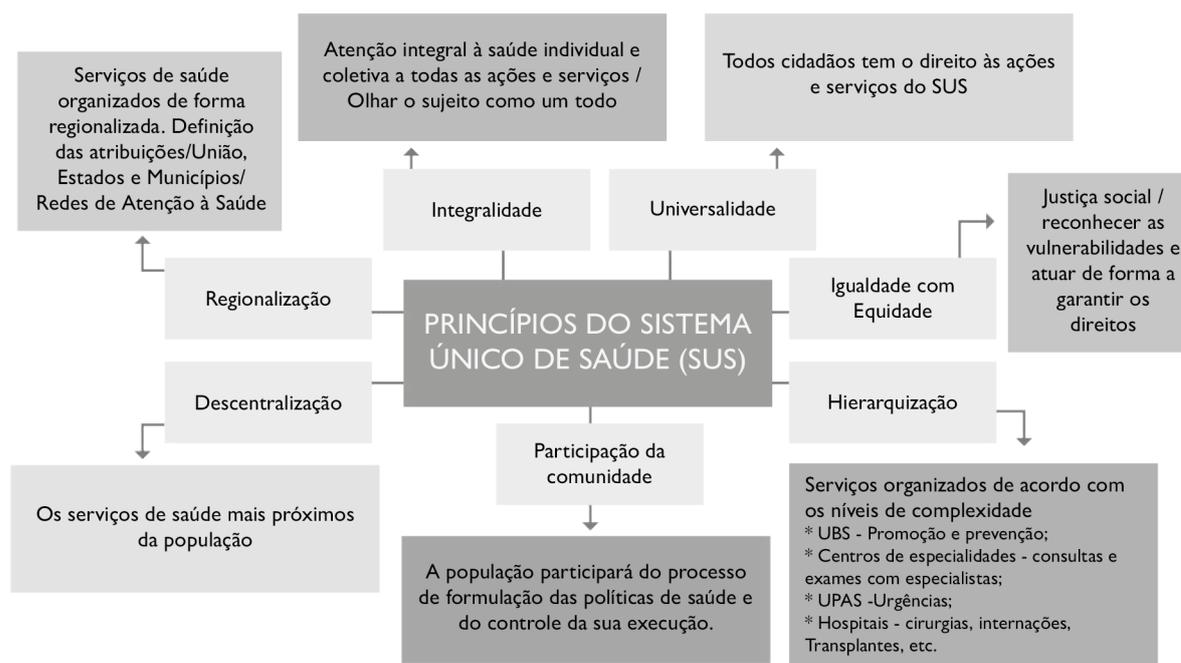
A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 garantiu a saúde como um direito de TODOS e dever do Estado e definiu os princípios que regeriam o SUS: a universalidade, a integralidade, a igualdade com equidade, a regionalização, a hierarquização, a descentralização e a participação da comunidade.

O sistema de saúde brasileiro recebeu o nome de SUS, com o objetivo de garantir sua organização como uma política que seguisse os mesmos princípios constitucionais e as mesmas diretrizes em todo o país, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo, ou seja, a esfera federal, as esferas estaduais e municipais. Dessa forma, é importante afirmar que nenhum princípio pode ser quebrado ou deixar de ser garantido, sendo assim, o sistema de saúde deve conter um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum, o de cuidar das pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Abaixo, na Figura 4, podemos visualizar de forma esquemática os princípios do SUS e respectivos significados:

MAS O QUE É PRINCÍPIO?

Segundo o dicionário, é o que serve de base, o fundamento, a origem (MICHAELLIS, 2020). Na Constituição Federal são valores básicos da norma jurídica que alicerçam todas as outras normas vigentes no país.

Figura 4 – Princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde



Fonte: Elaborado pela autora, tendo como referência a Constituição Federal de 1988; Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990 (BRASIL, 1988; 1990a; 1990b).

Para garantir o cuidado integral em saúde, a estruturação do SUS acontece por meio da formulação de políticas de saúde que se implementam por meio da organização de serviços de saúde em todo o território nacional, o que inclui estabelecimentos públicos, filantrópicos e privados conveniados. Isso implica em constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS), organizadas de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada, de acordo com a complexidade de cada serviço. Para o Ministério da Saúde as principais características das RAS são,

A formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014a: 9)

Por isso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) também conhecidas como Postos ou Centros de Saúde estão presentes em todos os municípios brasileiros. A UBS é o serviço mais próximo da população, com o objetivo de favorecer o acesso a ações que respondam às necessidades e problemas de saúde de maior prevalência na população, considerando acolhimento, critérios de riscos¹, vulnerabilidades, dentre outros aspectos.

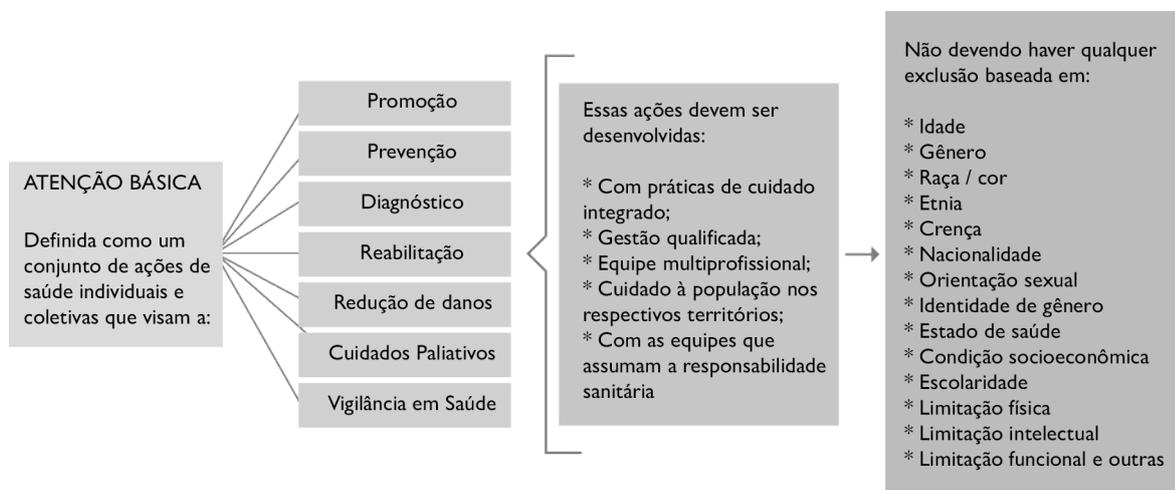
Para garantir a Atenção Básica de forma integral a todas as pessoas do território⁴, os DSS devem ser considerados na análise da situação de saúde, sendo o núcleo familiar, o foco central do cuidado no território coberto pela APS ou Atenção Básica. Essa abordagem favorece que se observem as condições socioeconômicas e a dinâmica entre os indivíduos, o que traz maior clareza quanto aos riscos¹, agravos³ ou danos à saúde e doenças que ocorrem, contribuindo para decisões que resultem em um cuidado à saúde de qualidade e que demonstrem responsabilidade sanitária.

Essa forma de prática de saúde também prevalece no caso de instituições como asilos, penitenciárias, dentre outras, pois há de se desenvolver sempre esse olhar investigador e vigilante a fim de desenhar ações para os grupos destes territórios, tanto trabalhadores como público-alvo, atentando para a escuta qualificada das necessidades expressas.

De forma óbvia, não há como ofertar ações básicas de cura sem considerar ações de vigilância em saúde (diagnóstico precoce, vacinas, investigação de doenças infecciosas e transmissíveis etc.). É dessa forma que se concretiza a atenção integral, construída dia a dia, buscando conformar redes pela articulação de serviços e interação de pessoas, o que para a saúde, como já visto, envolve dialogar com outros setores como educação, cultura, meio ambiente, segurança etc.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece diretrizes sobre a organização e modelo de atenção a ser desenvolvido pelas equipes destes serviços, conforme demonstrado na Figura 5 a seguir:

Figura 5 – A forma de organização da atenção básica para uma abordagem integral da saúde



Fonte: Elaborado pela autora de acordo com o Artigo 3º e parágrafo 2º da PNAB 2017 (BRASIL, 2017a).

4 De acordo com a PNAB, os territórios são espaços geográficos, onde as UBS estão situadas e para realizar as ações de saúde, deve-se levar em conta as ações de vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, levando em consideração, o estudo da situação de saúde da população, considerando seus aspectos sociais, econômicos, epidemiológicos, assistenciais, culturais e identitários, a fim de subsidiar a atuação da Atenção Básica, de forma que atenda as necessidades coletivas e específicas da população adscrita ou coberta pelo serviço (BRASIL, 2017a).

Também foram criados a partir da década de 1990, serviços que estão organizados de forma regionalizada como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço Móvel de Urgência (SAMU), Atenção Especializada, Hospitalar e ações e políticas de Assistência Farmacêutica, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.

Como podemos observar o SUS é um sistema complexo, abrangente e está em permanente construção e disputa na nossa sociedade. Garantir os seus princípios é um desafio constante, pois dependendo das situações políticas e econômicas do nosso país, poderão existir arbitrariedades na definição e alocação de recursos para as políticas públicas.

Mais recentemente, em 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional 95 (EC/95), conhecida como a EC do teto dos gastos públicos. Essa Emenda Constitucional congela os gastos públicos por 20 anos. Muitos estudiosos discutem e alertam que com essa Emenda Constitucional o direito à saúde está ameaçado, porque o SUS já sofre por falta de financiamento adequado para as suas ações e serviços. Congelar os gastos públicos em saúde é colocar em risco o direito à saúde, pois o SUS pode entrar em colapso e deixar de existir, fazendo com isso que milhões de brasileiros deixem de ter acesso a ações e serviços de saúde pública (SANTOS; FUNCIA, 2019).

Em 2019, foi realizada em Brasília a 16ª Conferência Nacional de Saúde que contou com a participação de quase 5.500 pessoas de todo o país, tais como representantes de usuários; de trabalhadores; de gestores; da população indígena; do movimento negro; das conferências com temas livres realizadas por grupos/movimentos de Lésbicas; Gays; Bissexuais e Transexuais, Transgêneros, Travestis (LGBT); da assistência farmacêutica, da saúde mental etc., além de convidados diversos, como pesquisadores, jornalistas, dentre outros.s.

Nessa Conferência, os temas debatidos focalizaram os desafios do SUS a serem superados, a exemplo de problemas de financiamento, de cobertura e qualidade da atenção à saúde por diversos serviços em rede, dentre outros. As proposições construídas como fruto dos debates expressaram aspirações de gestores, trabalhadores e usuários do SUS, sendo recomendações que deveriam embasar a formulação e implementação das políticas de saúde pelo poder legislativo e executivo. Por isso, inclusive, as Conferências Nacionais de Saúde antecedem um novo período do governo federal.

Diante dos temas debatidos, podemos perceber que após 30 anos o SUS ainda está em consolidação e que a luta pela defesa dos direitos à saúde é árdua, sendo que sua desconstrução pode se dar por ameaças constantes, seja através de uma Emenda que congele o teto de gastos ou pela negação de todo o aprendizado que a ciência proporcionou ao longo da história (GIOVANELLA et al., 2020).

Os embates quanto às políticas de saúde, frente às necessidades da população de um territó-

O SUS é o único sistema público de saúde que atende mais de 200 milhões de pessoas. Já pensou como o SUS é importante para a saúde dos brasileiros? E como é necessário o seu financiamento adequado para cuidar da população? O SUS oferta desde ações de educação em saúde, cobertura vacinal até procedimentos com incorporação tecnológica de equipamentos, materiais e produtos farmacológicos como ressonância magnética, quimio e radioterapia, transplantes, aparelhos auditivos, próteses ortopédicas etc.

?

VOCÊ SABIA?



IMPORTANTE

Mais informações sobre esta e outras conferências, podem ser encontradas no site do Conselho Nacional de Saúde:

www.conselho.saude.gov.br/conferencias-cns

rio, representam uma realidade que não é estanque ou imutável, pois justamente em uma conjuntura desafiadora como a que envolve uma pandemia, como a da Covid-19, é que o SUS demonstra sua importância em responder, seja pela prevenção ou cura, as demandas impostas pela situação de saúde de toda a população. E é nesse contexto que problemas de financiamento, gestão, organização dos serviços e até de práticas médicas se tornam mais evidentes, gerando intensos debates entre institui-

ções de pesquisa, universidades, escolas de saúde pública, movimentos sociais, conselhos de saúde, parlamentares, trabalhadores, movimento sindical e outros setores. Tal fato, por sua vez, coloca o SUS como prioridade na agenda de governos e parlamentares, cujos eleitores devem estar atentos às respostas que são dadas e se estas estão voltadas à defesa do SUS e da vida.

Tendo em vista a abordagem até aqui priorizada sobre o processo saúde-doença, não é uma novidade o fato de estudiosos apontarem como as epidemias atingem de forma mais severa as populações mais pobres e vulneráveis, o que apenas evidencia a importância de políticas que priorizem determinados grupos sociais, em prol da diminuição das desigualdades.

De modo geral, podemos dizer que, com uma maior justiça social, com o acesso à informação de qualidade, com a realização das ações de responsabilidade sanitária dos gestores, com a proteção social aos vulneráveis, com o investimento e o incremento à ciência, à tecnologia e à pesquisa será possível minimizar os efeitos de uma epidemia na sociedade.

Uma pessoa que se encontra reclusa em uma unidade prisional é um cidadão de direitos. Com exceção do direito à liberdade, os outros direitos devem ser garantidos. Isso se deve, porque vivemos em um Estado Democrático de direitos, onde o que nos rege é a Constituição Federal e isso significa que temos que seguir as mesmas regras contidas nas normas vigentes em todo o país, não devendo haver qualquer discriminação devido à raça, gênero, etnia, orientação sexual, de classe social, religiosa, dentre outras.

Garantir os princípios do SUS às pessoas privadas de liberdade é cumprir a Constituição, buscando assegurar o direito à saúde como o previsto em lei a qualquer cidadão. O desafio está em reconhecer e promover esse acesso a partir da unidade prisional, território que envolve processos alicerçados em critérios de segurança e vigilância, mas também de cuidado em saúde individual e coletivo, a partir de um conjunto de ações desenvolvidas na própria unidade prisional e em serviços de saúde de referência em conformidade com princípios do sistema de saúde brasileiro. A exemplificação desses princípios, a partir do reconhecimento do território onde se insere a unidade prisional, está apresentada no Quadro 1 a seguir:



PARA REFLETIR

E o que significa garantir os princípios do SUS no contexto das pessoas privadas de liberdade?

Quadro 1 – Princípios do SUS e o Direito à Saúde aplicados a todo cidadão

Princípios do SUS	Contexto da Unidade Prisional
Universalidade	Saúde para todos os cidadãos, isso significa que independente do motivo da reclusão ou pena que a pessoa esteja cumprindo, a ela deve ser garantido o direito à saúde.
Integralidade	A garantia de cuidado para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde individual e coletiva das pessoas privadas de liberdade: consultas, orientações, aconselhamentos, vacinas, procedimentos como curativos, assistência farmacêutica (medicamentos) e acesso a preservativos; assistência pré-natal, no parto, no período pós-parto (puerpério e direito à amamentação); acesso aos serviços de urgência e hospitalar quando necessário; garantias de segurança sanitária na unidade prisional (higiene e ambiente livre de contaminações e riscos à saúde).
Igualdade com equidade	Garantir o cuidado em saúde considerando a diversidade e necessidades existentes, a orientação sexual, etnias, gênero, religiosidade, deficiências dentre outras.
Regionalização e Hierarquização	Garantir que as pessoas tenham acesso à atenção básica na própria unidade prisional se houver equipe de saúde na unidade e que esta se articule com equipes de referência na Rede de Atenção à Saúde quando houver necessidade de exames diagnósticos, consultas especializadas, atendimento de urgência/emergência ou internação hospitalar.
Descentralização	Ofertar ações e serviços de saúde nos municípios, porque a gestão municipal está mais próxima das necessidades da população local. Para as pessoas privadas de liberdade a descentralização visa garantir acesso aos serviços de saúde na própria unidade prisional ou na região mais próxima de onde estejam cumprindo a pena.
Participação da comunidade	No SUS a população pode participar das Conferências e Conselhos de Saúde ⁵ . Movimentos da sociedade civil organizada, bem como familiares, trabalhadores e gestores do sistema prisional podem participar desses espaços de discussão e de decisão sobre as políticas de saúde nos respectivos territórios.

Fonte: Elaborado pela autora, tendo como referência a Constituição Federal de 1888; Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990 (BRASIL, 1988; 1990a; 199b).

5 De acordo com a Lei nº 8142/1990 e Resolução nº 453/2012, o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, constituído por representantes da população, gestores e profissionais de saúde, a fim de fiscalizar e monitorar as políticas públicas de saúde. Está organizado em cada esfera do governo Federal, Estadual, Municipal e do Distrito Federal, fazendo assim parte das respectivas estruturas do setor da saúde pública. As Conferências de Saúde também são espaços de participação social e acontecem a cada 4 anos nas esferas de governo correspondentes, gerando recomendações para a formulação e aperfeiçoamento das políticas de saúde.

Para garantir o direito integral e resolutivo à saúde, o Ministério da Saúde formulou a partir de 2003 políticas de equidade para a promoção da saúde, reconhecendo as vulnerabilidades de pessoas e grupos específicos, a fim de garantir por meio de políticas e ações estratégicas o direito a saúde como previsto constitucionalmente (BRASIL, 2013; COSTA; LIONÇO, 2006).

Discuta em equipe os conceitos relacionados aos princípios do SUS dentro da realidade de sua unidade prisional. Identifique desafios e estratégias a partir dos recursos (técnicos, administrativos, financeiros) que estão sob a e governabilidade da equipe da saúde, da segurança e da administração.



PARA DIALOGAR
COM A EQUIPE

Em 2014 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.



PARA REFLETIR

Você já pensou que garantir o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade é também cuidar da saúde dos trabalhadores da unidade prisional? E também cuidar da sociedade de uma forma geral?

Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade

Você deve estar se perguntando: Se o SUS já contempla todos os direitos dos cidadãos, por que foi necessário criar uma política específica para a população privada de liberdade?

Como pôde ser visto anteriormente, o SUS é um sistema que está organizado em todo o território nacional a fim de cuidar da saúde de todos os brasileiros, no entanto, para cumprir o princípio da universalidade e da integralidade, é necessário um conjunto de políticas voltadas à equidade. O que isso significa? Para garantir a saúde das pessoas mais vulneráveis, é necessário organizar políticas e ações específicas para essas populações. Isso é o reconhecimento pelo Estado das diferenças existentes a fim de cuidar dos cidadãos de acordo com as especificidades das pessoas e populações.

Legislação de Saúde no Sistema Prisional no Brasil

O Código Penal Brasileiro estabelece a garantia dos direitos sociais às pessoas encarceradas, no entanto, as políticas sociais no âmbito prisional só foram criadas pelo Estado a partir da Lei de Execução Penal (LERMEN et al., 2015).

A Lei no 7.210 de 11 de julho de 1984 instituiu a Lei de Execução Penal (LEP), que prevê no seu Capítulo II à assistência para todas as pessoas privadas de liberdade, apenadas ou provisórias. Essa assistência é definida como material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa. A garantia da assistência material significa o acesso a condições de higiene nas instalações e o fornecimento de vestuário e alimentação; a assistência à saúde prevista é o atendimento médico,

farmacêutico e odontológico com ações preventivas e curativas, incluindo o pré-natal e atenção no pós-parto às mulheres privadas de liberdade e aos recém-nascidos; a assistência jurídica por meio da Defensoria Pública às pessoas que não podem ter acesso a um advogado; a assistência educacional instrucional e a formação profissional; a assistência social cujo objetivo é preparar a pessoa privada de liberdade para a reintegração social depois de cumprida a pena e a assistência religiosa que garante a liberdade de culto às pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 1984). Segundo a LEP, quando o estabelecimento penal não obtiver as condições para atendimento à saúde, este deverá ser realizado em outros locais, o que deve ser autorizado pela respectiva direção da unidade prisional. Consta-se que tal garantia à saúde às pessoas privadas de liberdade estava prevista em lei que antecede a criação do próprio SUS.

Lermen (2015) destaca fatores tais como o aumento do número de pessoas em situação de encarceramento no Brasil e as condições indignas nas acomodações das prisões, com superlotação das celas, com alimentação inadequada, condições de higiene precárias, sem ventilação e construções inadequadas. Em consequência disso, nas últimas décadas, as instituições foram tensionadas a adotar políticas para melhorias no sistema prisional e também para a garantia do cuidado em saúde às pessoas privadas de liberdade.

Dessa forma, no ano de 2002 foi publicada a Portaria GM/MS nº 668/2002 cujo objetivo foi garantir a atenção integral a saúde às pessoas privadas de liberdade no âmbito do SUS. Essa portaria foi revogada em 2003, devido a criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Justiça – MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. O objetivo do Plano foi traçar diretrizes para garantir o direito à saúde às pessoas privadas de liberdade, baseadas nos princípios do SUS, portanto, reconhecendo que essa população requer o cuidado em saúde de acordo com as suas necessidades.

Segundo estudiosos, o PNSSP representou um avanço para garantir o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, mas ainda de forma insuficiente por não ter financiamento adequado para o estabelecimento de equipes de saúde em todas as unidades prisionais, cuja cobertura alcança cerca de 30% dos estabelecimentos prisionais em todo o país (LARMEN et al., 2015; SILVA, 2016; CHIES, 2013; SOARES, 2016).



PARA REFLETIR

Por que falar “pessoa privada de liberdade” e não, “preso”, “condenado” “reeducando” ou “apenado”?

Importante destacar que as questões relativas à saúde nas prisões não são exclusividade do contexto brasileiro. Esses problemas estão presentes em todo o mundo e são vivenciados e enfrentados de acordo com a realidade de cada país. Podemos dizer que as desigualdades sociais estão também no ambiente do encarceramento, pois muitas das pessoas privadas de liberdade, em momentos anteriores, não tiveram suas necessidades básicas atendidas pelas políticas públicas, exclusão social revivida no território da unidade prisional pela dificuldade de acesso à atenção à saúde, por exemplo. O tema é tão urgente e importante mundialmente que, em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o guia Saúde nas Prisões, publicação que aborda questões sobre abstinência de drogas, doenças mentais, infecciosas e sexualmente transmitidas. Ressaltamos que a OMS também reafirma que as pessoas privadas de liberdade não devem sair da prisão em situação de saúde pior do que quando entraram (WHO, 2007).

Nesse contexto, a fim de repensar como se daria a garantia à saúde no sistema prisional, entre os anos de 2011 e 2014, após longos trabalhos, o Ministério da Saúde publicou a Portaria

nº1 de 02 de janeiro de 2014 que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), Portaria que substituiu a anterior, relativa ao PNSSP (SOARES; BUENO, 2016).

A PNAISP foi instituída como uma forma de operacionalizar os direitos expressos na Constituição e nas Leis que regem o SUS. Nessa perspectiva, o cumprimento dos preceitos da saúde universal e integral se dá pelo reconhecimento da situação de vulnerabilidade em que se encontra a população privada de liberdade. Ou seja, o alcance da universalidade e da integralidade pressupõe a equidade em prática, que é tomar consciência quanto aos DSS, riscos¹ e agravos³ entrelaçados no processo saúde-doença dos grupos sociais que vivem e convivem em unidades prisionais. Consciência, nesse caso, para se tomar alguma ação, mesmo que esta se desenvolva a partir de recursos (criatividade, experiências, conhecimentos técnicos, etc) sob o domínio do agente que cuida da segurança, da saúde ou da gestão administrativa em uma unidade prisional. A ideia é de que a gestão dos processos de trabalho por meio da interação entre as pessoas pode promover, no mínimo, aperfeiçoamentos ou mudanças no espaço microssocial do trabalho, em prol da saúde de todos.

Nesse contexto, a PNAISP é uma política cujas diretrizes e objetivos visam promover a equidade, pois prevê que as pessoas privadas de liberdade tenham garantido o direito à saúde, considerando suas especificidades. A partir desse entendimento, a política operacionalizou-se por meio da previsão de recursos financeiros e diferentes tipos de equipes de saúde para cuidar dessa população.

A PNAISP, como qualquer política pública instituída no Brasil, busca responder às necessidades sociais da população e não se formula ou implementa de forma espontânea, é o resultado de um processo, muitas vezes conflituoso, envolvendo interesses, ideias, conhecimentos técnicos e valores representados por categorias de trabalho, entidades civis, grupos religiosos, estudiosos/pesquisadores, representantes dos poderes executivo, legislativo, judiciário e de organismos internacionais, dentre outros.

Assim, as políticas relacionadas ao sistema prisional, como toda política pública, expressam o que vocalizam noções e valores presentes na sociedade e no poder público, variando segundo pressões e forças que atuam em concordância, em oposição e/ou concorrência quanto às respostas que se objetiva alcançar. O Quadro 2 a seguir exemplifica a evolução de legislações que abordam saúde e sistema prisional, favorecendo a compreensão dos propósitos destas políticas a partir de suas orientações quanto às práticas de saúde.

Quadro 2 – Comparativo entre Lei da Execução Penal (LEP), Portaria nº 668/2002, Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)

Tópicos em destaque	LEP	Portaria nº 668/2002	PNSSP	PNAISP
Significado de saúde	Assistência	Atenção Integral	Atenção Integral	Atenção integral
Ênfase	Preventivo e Curativo	Promoção e proteção da Saúde	Promoção e proteção da Saúde	Promoção, proteção, recuperação da saúde e vigilância em saúde
Especialidades	Separa psicólogo e assistente social da equipe de saúde	Agrega psicólogo e assistente social à equipe de saúde	Prevê a equipe de saúde multiprofissional - com psicólogo e assistente social	Prevê equipe de saúde multiprofissional de acordo com cobertura do número de pessoas privadas de liberdade nas unidades prisionais
Financiamento	Estados e União	Municípios, Estados e União	Municípios, Estados e União	Municípios, Estados e União
Financiamento da gestão federal em saúde e justiça	-----	Per capita	Por equipe	Por adesão à PNAISP - incentivo financeiro de custeio mensal, transferido pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde
Metas para o alcance da cobertura populacional	-----	Paulatina e gradual para algumas modalidades de atenção	100% para todas as modalidades de atenção	Por adesão das equipes, estabelecimento de planos municipais a fim de garantir o acesso à população privada de liberdade nos diversos pontos da região de saúde (exames diagnósticos, especialidades, urgências, hospitais etc.)
Responsabilidade de implementação	Segurança Pública	-----	Sistema Único de Saúde e Sistema Judiciário	Sistema Único de Saúde e Sistema Judiciário
Contexto em que essas normas foram criadas	Criada no período de redemocratização brasileira, no final do governo do Presidente João Figueiredo Batista de Oliveira. Prevê pela primeira vez saúde aos “presos e condenados”	-----	Criada no primeiro ano do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Preconiza o acesso à saúde à “população privada de liberdade” no sistema penitenciário	Foi fruto de um Grupo de Trabalho (GT) criado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça - Entre 2012 e 2013, esse GT foi composto por representantes da gestão, de pesquisadores, e pelas organizações de proteção às pessoas privadas de liberdade. Criada no Governo da Presidenta Dilma Rousseff. Garante o acesso integral a toda população prisional, ou seja, todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado.

Fonte: SILVA (2016), adaptado pela autora a partir de BRASIL (2014b); CARVALHO (2017) e LERMEN (2016).



SUGESTÃO

Em grupos, sistematize as principais diferenças entre as regulamentações apresentadas no Quadro 2 e em plenária discutam as análises realizadas, confrontando com as experiências vivenciadas.

A PNAISP prevê a articulação do cuidado entre serviços da rede em todos os níveis da atenção, principalmente a partir da organização dos sistemas municipais de saúde, conforme princípios organizativos do SUS (descentralização; regionalização e participação social) e princípios doutrinários (integralidade, equidade e universalidade).

De acordo com a PNAISP, os serviços de saúde no sistema prisional são um ponto de atenção da rede SUS. Cada serviço de saúde da unidade prisional é a porta de entrada no sistema e ordenador da atenção à saúde à população privada de liberdade, realizando encaminhamentos, quando necessário, à serviços de referência extra-muros.

As equipes de saúde serão organizadas nas unidades prisionais de acordo com o número de pessoas custodiadas nos estabelecimentos e respectivo perfil epidemiológico. Já o repasse de recursos financeiros a esse serviço está condicionado à habilitação de Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), previamente cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).



SAIBA MAIS

Acesse a cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Justiça sobre o detalhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

Link:

<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>

A eAPP tem composição multiprofissional e é responsável por articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade. Essas equipes, segundo Quadro 3, podem se organizar da seguinte forma:

Quadro 3 – Composição das equipes para a atenção em saúde da população privada de liberdade

Equipes	Formação
Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I (eAPP-I)	Composta por cinco profissionais, sendo as mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família (enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal), com carga horária de seis horas semanais.
Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I com Saúde Mental (eAPP-I com Saúde Mental)	Composta por oito profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental e dois profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe deve cumprir carga horária de seis horas semanais.
Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II (eAPP-II)	Composta por oito profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psicólogo, um assistente social e um profissional escolhido entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá carga horária de 20 horas semanais.
Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II com Saúde Mental (eAPP-II com Saúde Mental)	Composta por 11 profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 20 horas semanais.
Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo III (eAPP-III)	Formada por 11 profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 30 horas semanais.

Fonte: Adaptado da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (BRASIL, 2017b).



PARA REFLETIR

Você consegue identificar o tipo de equipe de saúde que atende a unidade prisional onde você trabalha?

A Gestão em Saúde na Unidade Prisional

Cabe à gestão do sistema prisional organizar e realizar a gestão em saúde nas respectivas unidades prisionais. Isso significa organizar o cuidado nas unidades prisionais e articular as ações de saúde com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território onde está inserida. Primeiramente é preciso conhecer quais serviços de saúde estão disponíveis, como é a organização desses serviços e quais os arranjos de assistência à saúde para ofertar o cuidado às pessoas privadas de liberdade. Para obter essas informações, a gestão do sistema prisional deve dialogar com a gestão municipal ou estadual de saúde em uma perspectiva de conhecer o sistema de saúde municipal e regional, a fim de conhecer a oferta de serviços, estabelecer fluxos e pactuações, além de pensar ações para políticas de saúde de promoção, vigilância em saúde, prevenção, recuperação e reabilitação às pessoas privadas de liberdade. As demandas por ações e serviços da rede SUS local ou regional devem estar respaldadas na análise da situação de saúde da população em questão, com clara definição do que se necessita e quanto.

Esse planejamento prévio é importante, pois como já destacado anteriormente, o cuidado em Atenção Básica/Atenção Primária é ofertado dentro da unidade prisional e quando houver necessidade de cuidado em especialidades, procedimentos cirúrgicos, internações, exames, dentre outros, esses deverão ser realizados em unidades de saúde do SUS de referência da unidade prisional.

Você sabe dizer qual é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), hospital e centro de especialidades que são referências para a unidade prisional onde você trabalha? Você conhece o fluxo de atendimento nessas unidades?

PARA DIALOGAR
COM A EQUIPE



ATIVIDADE

Reflexão e discussão sobre os avanços e desafios de garantir a saúde às pessoas privadas de liberdade

Tempo 60 minutos | Material necessário: TV ou algum tipo de equipamento eletrônico para exibição do vídeo, papel e caneta para os alunos.

O docente deverá exibir o vídeo: A experiência de Porto Alegre/RS (O vídeo apresenta a complexidade desse novo território da saúde - o sistema prisional, e os seus desafios).

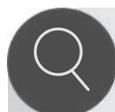
Disponível no link:

<https://www.redesestrategicassus.org/#/home> (aproximadamente 21 minutos).

Após a exibição, o docente solicitará que cada um reflita e escreva dois avanços e dois desafios para garantir a saúde na unidade prisional onde atuam (05 a 10 minutos).

Depois o docente solicitará que cada um compartilhe com os colegas ao lado sobre o que refletiu. (05 a 10 minutos).

Nos minutos restantes abre-se a discussão em plenária, com as reflexões das duplas ou trios.



SAIBA MAIS

O Canal Saúde da Fiocruz, realizou o quadro “Saúde nas Prisões”, onde são entrevistados especialistas da área.

Veja o vídeo no link:

<https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/saude-nas-prisoas-SDC-0404>.

Necessidades, Desafios e Estratégias da Atenção à Saúde

A promoção e a proteção da saúde ainda são desafios a serem superados nas unidades prisionais, onde equipes de saúde incompletas e superlotação da população carcerária comprometem a efetivação da garantia à saúde prevista pela Constituição Federal. Além disso, o acesso ao cuidado em saúde nos diversos pontos de atenção muitas vezes apresenta barreiras, seja pelo desconhecimento ou precariedade quanto aos fluxos entre serviços ou pela própria insuficiência da oferta de ações destes, o que compromete a integralidade do cuidado pelos pontos da rede de atenção.

Uma questão a ser considerada diante do contexto é promover a formação de trabalhadores do Sistema Prisional sobre temas da saúde, qualificando-os para a compreensão e a atuação efetiva quanto às necessidades de saúde do próprio grupo e das pessoas privadas de liberdade. Assim, reconhece-se os problemas estruturais inerentes ao SUS, mas se busca criar a partir de conhecimento e troca de informações, um agir estratégico que contribua para minimizar os problemas de saúde no território de trabalho e vida.

Nessa perspectiva, é imprescindível haver um diálogo permanente entre os profissionais da segurança, da saúde e da administração, a fim de convergir ideias, pensamentos para estabelecer o fluxo do cuidado em saúde nas unidades prisionais e no território, de forma condizente com os respectivos processos de trabalho e os conhecimentos e experiências que estes diferentes sujeitos trazem consigo.

Comunicação e Informação em Saúde

Os seres humanos se relacionam a partir das interações que ocorrem por meio do diálogo, nas quais a comunicação é ferramenta para o estabelecimento de relações interpessoais, bem como daquelas que se constituem no âmbito do coletivo, por conseguinte entre grupos inerentes às instituições. Nesse sentido, comunicação e informação estão interligadas com o tema gestão do trabalho em saúde no sistema prisional. Podemos dizer que todas as relações que ocorrem no trabalho da equipe de saúde no âmbito do próprio serviço em uma unidade prisional e com demais serviços externos, perpassa por relações que envolvem comunicação e troca de informações.

A comunicação faz parte do nosso cotidiano, seja na nossa vida particular ou profissional, ela está relacionada a todos os processos sociais, é inerente à vida humana. Partindo desse pressuposto, Paulo Freire (1983) afirma que comunicar é ter plena consciência que eu quando escuto, sou ouvinte, mas também sujeito neste processo e não objeto, assim, eu não duvido ou crio empecilhos, faço parte do diálogo, já que quem fala assim também me considera e está aberto ao que eu possa comunicar em resposta, na intenção de colaboração, de obtenção de consenso.

Para esse autor, o que caracteriza a comunicação é o diálogo, sendo fundamental haver significado entre o que é dito entre os sujeitos para que haja a comunicação. Isso é uma verdadeira comunicação ou diálogo, onde não se pré-julga ou consolida ideias sem a escuta do outro, sem o entendimento do problema na perspectiva do outro. Essa comunicação favorece a explicação mais ampla da situação-problema e os recursos também se revelam a partir da governabilidade de cada indivíduo ou grupo sobre estes (técnicos, materiais e/ou políticos), o que proporciona intervenções potentes e que acabam por favorecer processos de trabalho mais fluidos e harmônicos, mesmo frente a fatores contextuais adversos. Esse tema é tão importante para a saúde, que foi abordado na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e, daí em diante, ganhou importância crescente nos relatórios das conferências de saúde e qualificações voltadas aos trabalhadores do SUS.

A etimologia da palavra comunicação vem do latim *communicatio*: ato de repartir, de distribuir, literalmente tornar comum e de *communis*: público, geral, compartilhado por vários, é parente de *comunhão*. Pela origem da palavra, pode-se refletir que comunicar verdadeiramente implica em fala não violenta, escuta qualificada e interação entre sujeitos-agentes. Dessa forma, comunicar sempre possibilita o incremento e/ou o compartilhamento de informações.

Já a etimologia da palavra informação vem do latim *formatio*, e mostra que o termo se relaciona a representar, apresentar, criar uma ideia ou noção, ou dar forma, ou aparência, pôr em forma, formar. Oliveira (2012:13) afirma que a informação é o conteúdo de um processo comunicacional, onde sua existência e disponibilidade viabilizam capacidade de tomada de decisão, controle e participação efetiva. Portanto, comunicação e informação são ferramentas dos processos de gestão e do trabalho técnico, o que implica na importância da escuta e compartilhamento entre áreas como saúde, segurança e administração quanto à programação da atenção à saúde, seja aquela ofertada cotidianamente ou em cenário das possíveis urgências. Assim, planejamento baseado em evidências científicas, troca de informações e comunicação entre envolvidos são pontos-chaves para a gestão do trabalho em saúde de unidade prisional.

Para Araújo e Cardoso (2007) comunicação é um desses temas que todo mundo entende um pouco e sempre tem uma opinião, mas também é algo que se apresenta como objeto de estudo e isso permite identificar suas configurações: seja nos setores da economia, embates e arenas políticas, bem como compreender as inter-relações com outras áreas, como a saúde, educação, agricultura, ecologia, religião, dentre outras, e seu papel nas instituições e movimentos sociais. Essas autoras ainda afirmam que as políticas públicas só se constituem como tais quando tomam forma fora do papel e passam para a vida concreta, adquirindo assim visibilidade e existência, pois são convertidas em saberes e práticas e a comunicação é inseparável desse processo.



PARA REFLETIR

Como ocorre a interação entre as equipes que você trabalha? E essa interação com os serviços no território da unidade prisional e com o meio externo? Como são as relações de comunicação nesses ambientes?



PARA DIALOGAR
COM A EQUIPE

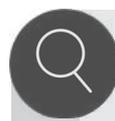
As informações em saúde são essenciais para tomada de decisões, articulações do cuidado, definição de prioridades etc. Quais informações você considera necessárias para a execução das suas atividades profissionais em uma unidade prisional? Como se dá a comunicação entre os envolvidos?

Para tanto, devemos considerar que a comunicação e a informação fazem parte das formas de relações sociais e de poder da sociedade nas quais são organizados diferentes e inúmeros feixes simbólicos, cuja principal função é a de demarcar as interações sociais, os lugares, as falas de cada um como ordem de poder (OLIVEIRA, 2006). Por esta lógica, a comunicação e a informação podem ser vistas como fatores de aperfeiçoamento do sistema público de saúde e de construção da cidadania.

No campo da saúde, a comunicação exerce papel fundamental para estabelecer permanentemente o diálogo entre a sociedade e o estado, entre usuários e profissionais de saúde, entre instituições de saúde e os profissionais, entre profissionais dos diferentes segmentos que dialogam com a saúde e, nas diversas políticas e ações intersetoriais.

Outro aspecto que se faz necessário destacar é a importância da comunicação para a saúde no sistema prisional e o diálogo com a sociedade sobre os direitos dos cidadãos. A mídia de um modo geral exerce um papel fundamental e diversas vezes podemos observar que determinados discursos que circulam em alguns veículos de comunicação contribuem para a disseminação de preconceitos acerca das pessoas privadas de liberdade, incitando a população a não os reconhecer como cidadãos de direito, o que acaba por afetar os próprios trabalhadores que atuam no setor.

Diante disso, há uma necessidade de pensar e refletir também sobre os fluxos de comunicação e informação que influenciam o cotidiano do trabalho em uma unidade prisional, inclusive se a forma como isto se dá acaba por contribuir com a legitimação de iniquidades (injustiças) enquanto atributos naturais ou merecidos, considerando a percepção que se tem sobre quem constitui a vida de tal território. Para Goffman (1967), as instituições e equipes existem muito mais pelo modo como as pessoas interagem entre si, do que pela estrutura física e formal. Por isso, trabalhar a comunicação e informação de forma mais horizontal e participativa, nos espaços organizacionais, torna a gestão do trabalho mais efetiva e aumenta as chances de sucesso nas ações e serviços.



SAIBA MAIS

Em 2016, a revista *Ciência & Saúde Coletiva* publicou uma edição exclusivamente dedicada ao tema: v.21, n.7, Saúde nas prisões: avaliações, políticas e práticas.

Acesse o conteúdo pelo link:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes/saude-nas-prisoos-avaliacoes-politicas-e-praticas/160>

Tal suporte teórico sobre comunicação e informação deve ser refletido e discutido como meio de favorecer a busca pela construção do trabalho enquanto projeto de vida, onde o grupo de trabalho coeso é fator de proteção às adversidades do contexto.



PARA REFLETIR

As pessoas que compõem as equipes de trabalho têm diferentes vivências, contextos sociais e culturais.

No cotidiano do trabalho é preciso lidar com questões pessoais, políticas e de divergências de opiniões, dentre outras.

Diante disso, como trabalhar a informação e comunicação de forma a melhorar o trabalho entre as equipes?

Referências

ANDRADE, Luiz Odorico; Monteiro; SANTOS, Lenir.; RIBEIRO, Kelen Gomes. Política de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos (Orgs). **Epidemiologia & Saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2013.p. 219-230.

ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro. **O que é saúde?** São Paulo: Claro Enigma; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011, p. 112.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf>>. Acesso em: 14 out.2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20/02/2019.

BRASIL. **Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para 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 abr 2021.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. **Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html>. Acesso em: 15out.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017a. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=22/09/2017&pagina=68>>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº. 2**; Capítulo I, Seção III, Art. 4º Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais; Inciso XI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, na forma do Anexo XVIII. 2017b. Disponível em: <<https://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/18/Portaria-de-Consolidacao-n---02.pdf>>. Acesso em: 28. Out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de promoção da equidade em saúde**.1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_procoacao_equidade_saude.pdf> Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162.p.: il. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em 2021.15 out.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Presidência da República, 1984. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2 ed. Brasília-DF: 2005.68 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf>. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional-PNAISP**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 60 p. Disponível em: <<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>>. Acesso em 28 Out. 2021.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. Conferências Nacionais de Saúde: **Contribuição para a construção do SUS**. 2021a. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/cns/sergio-arouca.php>>. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Senado Federal. **Primeira Lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos**. 2021b. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos/>>. Acesso em 14 out. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. In: **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CARVALHO, Nathália Gomes Oliveira. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: Uma análise sobre a evolução normativa. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.**; v. 6, n. 4, out/dez. 2017. p. 112-129. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/issue/view/23/37>>. Acesso em: 28 out. 2021.

CIELO, Ivanete Daga; SCHMID, Carla Maria; WENNINGKAMP, KeilaRaquel. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná (2011). **Revista Desenvolvimento Regional em debate**; v. 5, n. 1, p. 211-230, jan./jun. 2015.

CHAGAS, Juliana; TORRES Raquel. **Reivindicações sociais durante a ditadura apontam a necessidade de redemocratização**. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/reivindicacoes-sociais-durante-a-ditadura-apontam-a-necessidade-de>> Acesso em: 12 set 2021.

CHIES, Luiz Antônio Bogo. A questão penitenciária. **Tempo Social**; v. 25, n. 1, p. 15-36, jun. 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/69031>>. Acesso em: 26 out. 2021.. Acesso em: 26 out.2021.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: quando o SUS ganhou forma. Últimas Notícias CNS, 2019. Disponível em <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>>. Acesso em 20 de junho de 2020.

COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, vol.15, n.2, mai-ago. 2006. p, 47-55. Disponível em< <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/06.pdf>>. Acesso em: 15 out.2021.

CZERESNIA, Dina. **Do contágio à transmissão**: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. História, Ciência e Saúde – Manguinhos, vol.4 n.1, Rio de Janeiro, Mar./Jun., 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000100005>. Acesso em 20 de junho de 2020.

CZERESNIA, Dina. MACIEL, Elvira Maria Godinho Seix; OVIEDO, Rafael Antônio Malagón. Os sentidos da saúde. In: **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2013, p. 11-27. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/3CnwBRgKmHjD99R4qrVQY9L/?lang=pt>>. Acesso em 16 set.2021.

SCOREL, Sara; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flávio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, NísiaTrindade; GERSCHMAN, Sílvia.; EDLER, Flávio Coelho (Orgs.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-82.

SCOREL, Sara. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 65 p. Disponível em: < <https://fasam.edu.br/wp-content/uploads/2020/07/Extensao-ou-Comunicacao-1.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2021.

GIOVANELLA, Ligia Maria; MEDINA, Guadalupe; AQUINO, Rosana; BOUSQUAT, Aquino. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19.

Artigo de Opinião. **Saúde debate**, v. 44, n. 126, Jul-Sep, 2020. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n126/895-901/pt/>>. Acesso em 15 out. 2021.

GOFFMAN, Erving. **Interaction ritual: essays on face-to-face behavior**. New York:Doubleday Anchor, 1967. 280 p.

GOMES, Elaine Christiane de Souza. **Conceitos e Ferramentas da Epidemiologia**. – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. 83 p. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3355>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

LERMEN, Helena Salgueiro; GIL, Laudissi Bruna; CÚNICO, Sabrina Daiana; JESUS, Silvana Oliveira. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, jul./set. 2015. p. 905-24.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O; HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 27-58.

LUZ, Madel Terezinha. Saúde: Origens etimológicas do termo. In: PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2.ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>>. Acesso em 05 de jun. de 2020.

MERHY, Emerson Elias. **A vida de todos os brasileiros vale a pena**. Entrevista concedida Jornal Semana On. Postado em 06 de junho de 2014. Disponível em: <<http://www.semanaon.com.br/conteudo/841/a-vida-de-todos-os-brasileiros-vale-a-pena>>. Acesso em: 06 dez. 2020.

MICHAELIS. **Princípio**. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Editora Melhoramentos, 2020. Disponível em <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/princ%C3%ADpio> >. Acesso em 05 de junho de 2020.

MONKEN, Maurício, BARCELLOS Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21,n. 3, p.898-906, mai-jun, 2005.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, mai./ago. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JvKH9D5bStbqbZZHVwLmtKk/?lang=pt&format=pdf> >. Acesso em: 28 out. 2021.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 07 jun. 2020

ONU - Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas, Resolução 217 A III, 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em 14 out.2021.

PEREIRA, Carlos; VEIGA, Nero. **A Epidemiologia de Hipócrates ao século XXI**. Millenium, vol. 47.jun-dez, 2014.p. 129-140. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8114>>. Acesso em 16 set.2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: Centro de Estudos e Projeto de Saúde; Instituto de Saúde Coletiva, 2002. 447p.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto. **Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização**. Physis, Rio de Janeiro, vol.20, n.2, p 753-767, 2010. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/physis/2010.v20n3/753-767/pt>>. Aceso em 21 de jun. 2020.

RAMOS, Francisco Lúzio de Paula; HORA, Ádrea Leal; SOUZA, Claudia Teresa Vieira; PEREIRA, Luciana

Oliveira HORA, Dinair Leal. As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 7, n. esp., p. 221-229, dez. 2016. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v7nesp/2176-6223-rpas-7-esp-00221.pdf>>. Acesso em 20 de jun. 2020.

SANTOS, Milton. Um retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adelia A.; SILVEIRA, Maria Laura. (Orgs.). **Território Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Editora Hucitec-Anpur, 1998. 172 p.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n.1, p.:29-41, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 6 set.2021.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde**. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. 2019. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>>. Acesso em 15 out.2020.

SILVA, Martinho. Saúde penitenciária no Brasil: plano e política. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1429-39, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/QwhdsYZkCcSSzc5D3mLNhpb/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 26 out. 2021.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciênc. saúde colet.** v. 21, n. 7, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/MztrXvhhdHyWD8GNn8hfT4h/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 out. 2021.

WHO - World Health Organization. **Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ; 2007. Disponível em: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf>. Acesso em: 28 out. 2021.



CAPÍTULO II

Saúde do trabalhador no sistema prisional

Saúde do trabalhador no sistema prisional

— Adriana Reis
— Andréa Silveira
— Crisane Rosseti
— Isabela Araújo
— Ludmila Ribeiro
— Rodrigo Padrini

Nesse módulo discutiremos alguns conceitos chave para entendermos o processo de saúde e adoecimento relacionado ao trabalho, as características do trabalho no sistema prisional, seus processos e organizações e como podemos atuar para a proteção e promoção de nossa saúde.

No módulo anterior vimos a importância de compreendermos a saúde relacionada aos nossos territórios de vivência, nos quais construímos relações sociais, identidades, trocas, acessos e também impasses. Como escreveu Milton Santos:

“O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais, espirituais e do exercício da vida” (SANTOS, 1999:7)

Também reconhecemos a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, conforme garante nossa Constituição Federal em seu artigo 196. Assim, entendemos a saúde como um bem coletivo, não se restringindo apenas ao modo individual de viver de cada um e estando diretamente relacionada aos territórios habitados pelas pessoas.



QUEM

Milton Santos (1926 – 2001) foi um importante geógrafo, escritor, cientista e professor universitário brasileiro. Destacou-se por seus trabalhos sobre globalização e territorialidade.

E o trabalho? Qual sua relação com a saúde? Primeira constatação a fazer: é no território do trabalho que passamos boa parte dos nossos dias. Somos, assim, afetados e também afetamos o que está ao nosso redor. Uma distinção importante a considerar é que trabalho não é sinônimo de emprego. Emprego refere-se à relação de contrato estabelecida entre um empregador e um trabalhador que vende sua força e tempo em troca de um salário. Com o salário asseguramos nossa sobrevivência material. O trabalho é a atividade humana, física ou intelectual, com o objetivo de fazer, transformar ou obter algo, por meio de sua força de trabalho, para sua subsistência (CEARÁ, 2017). O trabalho é o que podemos fazer no emprego ou como autônomo ou empreendedor. Para ficar mais claro, é com as atividades de trabalho que produzimos bens e serviços, produzimos relações sociais e modos de pensar, sentir e fazer, isto é, modos de ser e de conviver. Toda atividade de trabalho se faz coletivamente, mesmo quando um trabalhador realiza suas tarefas sozinho, ele está inserido em uma cadeia de atividades coletivas, com regras e protocolos a serem obedecidos, sendo demandado por alguém e destinando o produto de suas tarefas a outros. O trabalho é, portanto, fundamental para nossa inscrição social e construção de nossa subjetividade. Sendo assim, podemos afirmar que o trabalho é uma forma de assegurarmos nossa sobrevivência social e psíquica (REIS, 2020).



LEMBRE-SE

Trabalho é produção de bens e serviços, relações sociais, modos de ser e de conviver, histórias e cultura.

Transformamos o mundo, a partir do trabalho, criamos cultura e nossa própria história. O fazer humano sempre envolve criatividade, mesmo que em níveis imperceptíveis, servindo-se do que já está dado, das normas antecedentes e do que, a partir delas, pode-se inovar, acrescentar e reinventar (LHUILIER, 2014; SCHWARTZ, 2011).

Yves Clot (2006) nos ajuda a compreender melhor a diferença entre trabalho e emprego. Para este autor o trabalho, para além de suas funções sociais evidentes, também tem funções psicológicas, o que o torna uma atividade com grande potencial de desenvolvimento pessoal e social. Esse professor defende que toda atividade de trabalho tem quatro dimensões. A primeira se refere à impessoalidade envolvida no trabalho, ou seja, é uma “atividade disciplinada pelas leis da matéria e dos homens”, que garante a constância da função social do trabalho (CLOT, 2006:86). Isso fica claro quando observamos que um trabalhador tem que cumprir normas, técnicas, protocolos e procedimentos, sobre os quais ele não foi consultado se desejava cumprir. Ele não pode fazer o que quiser, como e quando lhe convém, pois cada profissão tem um conjunto de técnicas e regulamentos que foram construídos historicamente, fruto de experiências, pesquisas e convenções.



SAIBA MAIS

Yves Clot é um psicólogo do trabalho contemporâneo francês, professor no Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) em Paris, integrante do Laboratoire de Psychologie de Travail desta instituição. Formulou uma teoria e um método de intervenção nos ambientes de trabalho chamado Clínica da Atividade. Escreveu vários livros, dos quais destacamos: **A função psicológica do trabalho**, pela Editora Vozes e Trabalho e **Poder de Agir** pela Editora Fabrefactum.

Outra dimensão do trabalho é que as atividades desenvolvidas também são pessoais, isto é, o trabalhador pensa, sente e age para desenvolver suas tarefas. Ele não apenas segue um manual de condutas como se fosse um robô. Com sua experiência, o trabalhador constrói novos conhecimentos e modos de fazer as atividades de trabalho. É o próprio trabalho que lhe exige isso, por sempre apresentar novos desafios, para os quais nenhuma regra ou protocolo foi pensado anteriormente. Assim, segundo Clot (2006:67-86), o sujeito trabalhador transforma as atividades de trabalho em suas, “em trabalho para si”, onde as atividades reguladas que desempenha no cotidiano de trabalho nunca se dão exatamente como prescritas, pois as mesmas se realizam a partir de “esforços personalizados do indivíduo trabalhador, o que leva o trabalho a ser uma prática que pode se transformar e promover transformação social”.

É a partir desse entendimento que as atividades de trabalho são capazes de construir sentidos para a existência pessoal, pois o trabalho se constitui como uma experiência constante de confrontação entre valores próprios dos sujeitos e as variabilidades da vida, de ordem técnica (o que fazer, como fazer), sócio histórica (trabalho enquanto construção social ao longo do tempo), cultural (valoração, crenças, percepção de diferentes grupos sociais quanto ao trabalho) e política (prioridades, interesses e desejos diversos relacionados ao trabalho).

A terceira dimensão do trabalho refere-se ao seu sentido interpessoal, logo, social, pois toda atividade de trabalho acontece entre as pessoas, que precisam se relacionar para que as tarefas sejam desenvolvidas. Assim, cada sujeito trabalhador tem a possibilidade de conhecer o público-alvo, apropriar-se dos produtos a serem alcançados e das atividades a serem desenvolvidas, transformando os processos do trabalho em atos próprios, atribuindo-lhes valores. E isso é feito com os colegas e a equipe de trabalho (CLOT, 2006).

Por fim, a quarta dimensão refere-se ao caráter transpessoal das atividades de trabalho, isto é, todo ofício tem uma história e compõe uma memória coletiva. Os modos de fazer e pensar de cada profissão, articulados à linguagem construída pelos coletivos de trabalho, constituem o que Clot (2010) chamou de gênero profissional. Este serve como um “instrumento coletivo da atividade, permitindo colocar os recursos da história acumulada a serviço da ação presente de uns e dos outros”, sendo tanto restrições quanto recursos para agir, simultaneamente (CLOT, 2010:35). Há atividades que são encorajadas pelos pares de uma mesma profissão, bem como outras que são proibidas. Esses modos de fazer e pensar não estão descritos em um livro, mas são passados por gerações de profissionais que possuem o mesmo gênero profissional. É um sistema de regras não escritas que se refere não só ao passado, mas que permite prever e antecipar o futuro. Esse saber advindo de uma memória individual e coletiva presente na execução da atividade e dos gestos é o que sempre garante que o trabalho seja realizado.

As dimensões do trabalho abordadas anteriormente trazem uma nova perspectiva da relação entre trabalho e saúde, atrelada à compreensão do que é trabalho prescrito e trabalho real. Como vimos todo trabalho tem prescrições, isto é, normas a serem cumpridas. No entanto, para que o trabalho realmente



DESTAQUE

Como vimos, todo trabalho tem quatro dimensões:

1. Impessoal: técnicas, protocolos e regras de trabalho.
2. Pessoal: o processo de autoria do trabalhador.
3. Interpessoal: as atividades que se desenvolvem entre pessoas que precisam se relacionar para o trabalho acontecer.
4. Transpessoal: história do ofício que compõe uma memória coletiva.

aconteça, o trabalhador tem que sempre criar novos modos de fazer, pois o trabalho como ato vivo, sempre apresenta situações inusitadas, com questões para as quais novas respostas deverão ser construídas. Então, trabalhar é exatamente preencher a lacuna existente entre o que foi prescrito e o que a realidade apresenta. Este é o trabalho real, o que realmente os trabalhadores fazem para conseguir cumprir suas tarefas. Entre o trabalho que deve ser feito e o que realmente é realizado, existe um caminho a ser percorrido pela atividade do trabalhador que mobiliza sua personalidade, sua iniciativa e criatividade, transformando e inventando os meios para executar o trabalho (CLOT, 2010).

Esse reconhecimento da subjetividade que permeia o trabalho expõe de forma clara a relação entre trabalho e saúde. Canguilhem (2011) ajuda-nos a entender que saúde é exatamente nossa capacidade de agir no mundo e não simplesmente reagirmos ao que acontece. Viver enseja a possibilidade dos acidentes e das constantes mudanças. A vida, como as situações do trabalho, não são passíveis de serem sempre controladas. Portanto, saúde é “uma margem de tolerância” aos riscos de se estar vivo, o que nos propulsiona a criar modos de realizarmos nossas ações, rompendo o entendimento da doença como uma norma, pela capacidade de reformular os desafios apresentados em nossa vida, o que exige “generosidade criativa” e “audácia” para estabelecer novas relações com o mundo, com as pessoas e conosco mesmos (Canguilhem, 2011: 131; 139). O trabalho pode ser, portanto, um espaço privilegiado de promoção de saúde, quando funciona como gerador de relações e aprendizagens que nos fazem desenvolvermo-nos pessoal e socialmente.



QUEM

Georges Canguilhem (1904 - 1995) foi um filósofo e médico francês que publicou importantes obras sobre a constituição da biologia como ciência, medicina, psicologia, ideologias científicas e ética. Seus estudos mais célebres são *O normal e o patológico* e *O conhecimento da vida*, ambos publicados no Brasil pela Editora Forense Universitária.



IMPORTANTE

O trabalho é uma fonte importante para o desenvolvimento pessoal e social.

Quando pensamos na relação entre saúde e trabalho estamos exatamente defendendo que o ambiente de trabalho seja uma fonte para o desenvolvimento dos trabalhadores, tanto como profissionais quanto como seres humanos. Isso acontece pelo fato de incorporarmos em nossas atividades de trabalho aspectos de nossa subjetividade, desenvolvendo domínio sobre os instrumentos de nosso ofício, sendo capazes de responder às atividades dos outros, participando da crítica e da escolha dos nossos movimentos, deixando de nos sentir objeto para nos percebermos como sujeito em um meio de organização.

No entanto, muitas vezes o trabalhador se vê em um cotidiano que mais o oprime do que o desenvolve. O adoecimento é um longo processo, em que o primeiro sintoma é justamente a perda da nossa capacidade de agir, de criar novas soluções para velhos problemas. Para entendermos melhor esse processo de adoecimento relacionado ao trabalho, Clot (2010:103-104) nos apresenta outro conceito – o real da atividade:

“O real da atividade é, igualmente, o que não se faz, o que se tenta fazer sem ser bem sucedido – o drama dos fracassos – o que se desejaria ou poderia ter feito e o que pensa ser capaz de fazer noutro lugar. E convém

acrescentar – paradoxo frequente – o que se faz para evitar fazer o que deve ser feito; o que deve ser feito, assim como o que se tinha feito a contragosto... Ora a existência dos sujeitos é tecida nesses conflitos vitais, que eles procuram reverter em intenções mentais, para deles se desprenderem. A atividade é uma provocação subjetiva mediante a qual o indivíduo se avalia a si próprio e aos outros para ter a oportunidade de vir a realizar o que deve ser feito. As atividades suspensas, contrariadas ou impedidas – até mesmo as contra atividades – devem ser incluídas na análise”

Clot (2010) nos traz nesse texto pontos de reflexão importantes para pensarmos o trabalho e suas respectivas atividades. Tal análise teria por propósito viabilizar formas de reinventarmos meios e formas de realizar o trabalho, reconstruindo nós mesmos enquanto trabalhadores, mesmo quando no cotidiano algo nos cerceia de realizar nossas práticas, seja quanto ao cumprimento das mesmas segundo normas prescritas ou segundo idealizadas ou imaginadas por nós. Caso não haja espaço para que os trabalhadores possam, individual e coletivamente, se implicarem nessa dimensão criativa e significada do trabalho, expressando movimentos ou sentimentos que proporcionem a busca de soluções para as contradições e os impasses vividos, provavelmente eles adoecerão. Eles passarão a ficar cada vez mais defensivos em sua relação com o trabalho, apáticos ou excessivamente protocolares, esquivos e até agressivos.



PARA REFLETIR

E você, já pensou sobre seu cotidiano de trabalho? Quais atividades você gostaria de fazer e não foi possível ou mesmo quais você executa de uma forma que poderia ser diferente?

E o trabalho no Sistema Prisional? Quais suas características, processos e organizações? É o que discorreremos na próxima parte desse módulo. Mas antes propomos as atividades a seguir.



LEMBRE-SE

O trabalho prescrito x trabalho real e o real da atividade

O **trabalho prescrito** são as regras, normas e protocolos existentes para a realização das atividades.

O **trabalho real** é o comportamento visível do trabalhador, para conseguir realizar o trabalho, seus movimentos, gestos e palavras utilizados para cumprir as tarefas. É o que realmente é realizado.

O **real da atividade** refere-se ao muitos pensamentos e sentimentos que um trabalhador tem sobre suas atividades de trabalho, nem sempre visíveis em seu comportamento. Como um *iceberg*, a atividade do trabalhador também tem uma grande parte encoberta. Quando podemos falar sobre esses sentimentos e pensamentos, acessamos uma fonte importante para desenvolver nosso trabalho e nós mesmos.





Combine com os colegas de todos assistirem ao filme proposto na figura ao lado.

O filme francês *Polissia* lançado em setembro de 2012 e dirigido por Maïwenn, retrata o cotidiano de um grupo de policiais de uma delegacia de Proteção de Crianças e Adolescentes na cidade de Paris. Propomos que você assista ao filme observando a relação entre o trabalho e a vida dos personagens, seus medos, suas frustrações, seus apoios e também a ausência de suportes.

Observe as distâncias entre o trabalho prescrito e o real, bem como muitas atividades são contrariadas e impedidas – o real da atividade. Haveria outras saídas? Acreditamos que sim, desde que essas atividades contrariadas pudessem ser discutidas e analisadas, desobstruindo os caminhos para o desenvolvimento de si e do grupo. O trabalhador isolado não consegue, em contextos tensos e graves, garantir sozinho sua saúde. Afinal a saúde está diretamente relacionada aos ambientes que vivemos e os suportes sociais são essenciais para atravessar os períodos de turbulência.

Depois, preferencialmente, em equipe, participe da discussão sobre as saídas possíveis para os contextos vivenciados. Convide um psicólogo da unidade para ajudar na discussão.

Uma sugestão para embasar essa discussão pode ser o livro **Suicídio e trabalho: O que fazer?** Neste os psicanalistas Christophe Dejours e Florence Bègue relatam a experiência de intervenção em uma fábrica francesa em que ocorrem vários casos de suicídios (DEJOURS; BÈGUE, 2010) . Alguns fatores para o deterioração do ambiente do trabalho são apontados, como o privilégio concedido à gestão, com suas certificações e procedimentos, em detrimento dos saberes dos trabalhadores e a necessidade do desenvolvimento de estratégias coletivas de defesa e redes de solidariedade.



Filme integrante do Festival Varilux de Cinema Francês

Links do filme: <https://www.looke.com.br/History/Play?m=59994>

<https://pt.fulltv.tv/polisse.html>

(Acesso gratuito mediante a inscrição de uma conta)



No livro **Carcereiros**, o médico Dráuzio Varella relata as histórias vividas no seu trabalho no presídio, junto aos agentes penitenciários. Interessante observar a relação de sentido que o médico constrói para esse ofício. Para ele, trabalhar em um presídio era “uma a oportunidade de (se) deparar com o contraditório, com o avesso da vida que levo, com a face mais indigna da desigualdade social” (VARELLA, 2012: 21).

Fica aqui essa dica de leitura e uma proposta de reflexão:

Para você, quais os sentidos de trabalhar no sistema prisional? As respostas a esta questão podem ajudá-lo a aumentar sua capacidade de ação como trabalhador nesse território.

Dando sequência a nossa discussão, vamos conversar sobre o trabalho no Sistema Prisional. Sabemos que ao longo da história da humanidade uma questão sempre inquietou a sociedade – o que fazer com os que transgridem as normas sociais. Dos castigos, suplícios e mortes espetaculares e exemplares, comuns até a Idade Média, passamos a partir da Modernidade para um projeto de sistema disciplinar que preconiza como princípios, a correção e a ressocialização do indivíduo preso como forma de prevenção de crimes futuros. Este sistema disciplinar refere-se ao adestramento dos gestos humanos, realizado com rígidas normas de conduta para todos os espaços da vida cotidiana e a constante vigilância dos comportamentos, visando à prevenção dos desvios. Como tratamento para os que não seguem as normas sociais, surge a segregação: nascem as prisões (FOUCAULT, 2014).

Rodrigo Monteiro (2018:42), em sua pesquisa sobre a atividade de agentes de segurança penitenciários em um manicômio judiciário de Minas Gerais, traz importantes contribuições para refletirmos sobre o trabalho no Sistema Prisional. Algumas de suas considerações são de que as prisões brasileiras ainda são caracterizadas pela violência, reclusão, repressão e precariedade frente à medidas disciplinares humanizadas e de ressocialização.

O Brasil tem a terceira maior população carcerária do mundo, sendo Minas Gerais o estado que conta com a segunda maior população encarcerada do país. Segundo Monteiro (2018) são cerca de 200 estabelecimentos penais no estado, com aproximadamente 70 mil detentos, dos quais em torno de 50% são presos provisórios. São sete tipos de estabelecimentos penais no estado, explicitados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 Tipos de estabelecimentos penais em Minas Gerais

Tipo	Finalidade
I – Centro de Remanejamento do Sistema Prisional - CERESP	Próprias para a custódia de presos que serão remanejados para outras Unidades Prisionais;
II - Presídios	Próprias para custodiar presos provisórios, contudo, podem acolher presos condenados até liberação de vagas em estabelecimentos adequados;
III – Complexo Penitenciário	Própria para custodiar presos provisórios e/ou condenados nos regimes fechado ou semiaberto;
IV - Penitenciárias	Própria para custodiar presos condenados nos regimes fechado ou semiaberto;
V- Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Centro de Apoio Médico e Pericial.*	Próprias para custódia e/ou realizações de exames gerais e/ou tratamento ambulatorial de indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis e/ou de presos acometidos pela superveniência de doenças mentais;
VI – Casas de Albergado	Próprias para custódia de presos no regime semi-aberto;
VII – Centros de Referência de Gestantes Privadas de Liberdade	Próprias para custódia de presas gestantes e puérperas.

*Estas unidades também realizam exames toxicológicos, sanidade, cessação de periculosidade e criminológico.

Fonte: MONTEIRO, 2018: 47

PARA REFLETIR

A prisionização é um fenômeno que afeta, em diferentes graus, todos os que vivenciam o ambiente prisional. Trata-se de uma assimilação da cultura prisional, modos de falar, pensar, hábitos e costumes.

Você em seu trabalho já percebeu que estava falando ou mesmo agindo como os detentos? Algum familiar já disse isso a você? Como você reagiu?

Os agentes de segurança, o pessoal da administração e da saúde percebem a relação do trabalho e o mundo fora dos muros da mesma forma? O que coincide e o que difere? Por quê?

Outro ponto importante observado pelo pesquisador é que nas prisões brasileiras observa-se frequentemente uma inversão de poder na relação entre autoridades e custodiados, visto que, ao invés dos presos se sentirem dominados e vigiados, são os trabalhadores desses locais que se sentem ameaçados e possíveis alvos de atentados dentro e fora das prisões (MONTEIRO, 2018).

O autor também explana sobre um fenômeno conhecido como prisionização, isto é, a assimilação da cultura prisional, formal e informal, pelos indivíduos ali inseridos. Assim modos de pensar, falar, hábitos e costumes são adotados, em graus variados, pelos que habitam o território da prisão, sejam encarcerados, sejam os trabalhadores. Os efeitos dessa assimilação cultural seriam sentidos na subjetividade dessas pessoas, bem como nas suas convivências sociais. Mesmo os trabalhadores do Sistema Prisional não estando reclusos, passariam a incorporar o clima de tensão e conflito que vivem diariamente neste ambiente.

Outro dado que chama a atenção em relação ao trabalho no Sistema Prisional é o aumento significativo da população carcerária no Brasil. Minas Gerais registrou um aumento de 157% dessa população entre 2003 e 2018 . Soma-se a esse quadro a taxa de reincidência criminal de

51,4% em nosso estado, um patamar intermediário aos observados em estudos internacionais sobre o tema, porém superior a outros estudos brasileiros (MONTEIRO, 2018). Obviamente, a superpopulação nos presídios brasileiros aumenta a carga e a tensão do trabalho dos trabalhadores do Sistema Prisional.

Também precisamos lembrar a tensão que os trabalhadores do Sistema Prisional sofrem fora do ambiente de trabalho. Geralmente, esses trabalhadores relatam vivenciar discriminações exatamente por trabalharem em prisões. É o que a psicossocióloga francesa, Lhuilier (2014) chama de “negativo psicossocial”, isto é, os julgamentos de valor sobre determinada atividade contaminam também seu protagonista, como, por exemplo, as tarefas que se encontram na parte inferior de uma suposta ‘escala moral do trabalho’, referindo-se às “tarefas física ou simbolicamente nojentas, humilhantes, degradantes, tarefas que são sinônimos de transgressão dos valores morais” (LHUILIER, 2014:16).

Em pesquisa realizada com os agentes penitenciários de Minas Gerais, pelo CRISP – Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública da UFMG, 50% dos entrevistados relataram ter sofrido discriminações por trabalharem no Sistema Prisional. Essa pesquisa também apontou a contradição que os agentes penitenciários vivem cotidianamente por terem de combinar trabalhos de naturezas diversas, a saber, garantir a segurança, o que requer práticas de vigilância e controle, e por outro lado, promover o cuidado, o que se faz com o acolhimento e a escuta empática. Muitos trabalhadores relataram medo de serem atingidos por armas de fogo ou mesmo feridos por armas brancas durante o expediente de trabalho.

Tal ambiência faz com que a maioria fique em estado de alerta o tempo todo, gerando grande desgaste físico e mental, agravado pelas muitas horas seguidas de plantão. Cerca da metade dos entrevistados relataram trabalhar em turnos de 12h/36h. Outro dado que chama a atenção é que 42% afirmaram que o trabalho como agente penitenciário⁶ deixa o indivíduo mais insensível, uma defesa frente a um trabalho com tantas contradições. Também foram apontadas como dificuldades, a falta de curso preparatório e de especialização para o trabalho, a falta de espaço para verbalizar os problemas e de mecanismos efetivos e apropriados de controle interno para a apuração de condutas abusivas e violentas cometidas por agentes penitenciário (CRISP, 2015).

Sobre o trabalho em manicômio judiciário, Monteiro (2018) relata observar duas questões também apontadas pela pesquisa do CRISP. A falta de capacitação direcionada à atuação dos agentes no trabalho e a existência de uma ambiguidade do modelo institucional, no que se refere à contradição verificada na função de tratar, cuidar, e, ao mesmo tempo, controlar, corrigir e punir. Podemos expandir a reflexão para pensar também nas equipes de saúde inseridas nos demais tipos de unidades penais. Tal contradição traz mais uma carga psíquica ao trabalho no Sistema Prisional.

Em outra pesquisa, realizada no início de 2000 com agentes de segurança de São Paulo, também foram apontadas como situações geradoras de ansiedade nos trabalhadores o risco constante de exposição à violência física no cotidiano prisional, o temor em relação à segurança

6 A emenda constitucional 104 promulgada em 04/12/2019 alterou o inciso XIV do caput do art. 21, o § 4o do art.32 e o art. 144 da Constituição Federal para criar as polícias penais federal, estaduais e distrital. O preenchimento do quadro de servidores das polícias penais será feito, exclusivamente por meio de concurso público e por meio da transformação dos cargos isolados, dos cargos de carreira dos atuais agentes penitenciários e dos cargos públicos equivalentes. Desde a promulgação da emenda 104 os agentes tem se autodenominado policiais penais.

de seus familiares, a representação social pejorativa desse trabalho pela comunidade e a baixa remuneração (RUDNICKI; SCHÄFER; SILVA, 2017). Mas outros fatores ansiogênicos também chamaram a atenção, como a exposição a doenças infecciosas, a percepção da degradação da saúde mental, o trabalho monótono e a sensação de enclausuramento em algumas funções, além da restrição dos serviços de saúde oferecidos aos trabalhadores e seus dependentes (RUMIN, 2006).

Além dos fatores decorrentes da organização do trabalho, que impactam principalmente sobre a saúde mental, são relatados outros riscos a saúde de trabalhadores do sistema prisional, como instalações inadequadas para o trabalho (presença de mofo, umidade ventilação e iluminação inadequados), falta de instrumental adequado de trabalho, ausência de equipamentos de proteção individual, contato com internos portadores de tuberculose, hepatites, HIV/AIDS, doenças de pele, dentre outros (REINERT; VERGARA; GONTIJO, 2016; NOGUEIRA et al, 2018; JASKOWIAK; FONTANA, 2015; REIS; BERNARDES, 2011).

Diante de um quadro complexo como o apresentado, torna-se necessário que saibamos como podemos atuar para a promoção e proteção de nossa saúde trabalhando no Sistema Prisional Brasileiro. É o que veremos a seguir.

Você conhece a pesquisa **Missão Guardar**, realizada pelo CRISP/ UFMG?

Realizada entre 2013 e 2015, esta pesquisa traz um panorama de quem são, o que fazem e do que têm medo os agentes prisionais em Minas Gerais. Leia o artigo publicado sobre a pesquisa. Você se identifica com o que foi relatado? Observa semelhanças em sua unidade de trabalho? Se possível, discuta os resultados encontrados por essa pesquisa e outras que encontrar sobre o tema, em equipe.

Os agentes penitenciários em Minas Gerais: quem são e como percebem a sua atividade (OLIVEIRA; RIBEIRO; BASTOS, 2015)

Acesso rápido pelo link: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemape-naleviolencia/article/view/2189>

Quando falamos em formas de promoção e proteção da saúde, o primeiro passo é termos conhecimento sobre o tema. É o que você está fazendo agora, lendo e discutindo esse material. Procurar informações científicas é uma maneira de ampliarmos nossa consciência sobre o que vivemos e, principalmente, elaborarmos saídas para os impasses existentes, refletirmos sobre o lugar social e pessoal que o trabalho ocupa em nossas vidas. Conhecer a realidade de cada função e posto de trabalho, as condições e a forma de organização do trabalho é fundamental para promovermos e protegermos nossa saúde. Então, vamos continuar!

Você já ouviu falar em Saúde do Trabalhador? A própria Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), em seu artigo 3º incluiu como determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, o trabalho e a renda, apontando para a necessária formulação de políticas que se operacionalizam por meio de ações voltadas à Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1990a).

Por sua vez, a Saúde do Trabalhador relaciona-se a um campo teórico e prático, no âmbito da Saúde Coletiva, que tem como objeto o processo de saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho, onde o cuidado e a atenção fundamentam-se em conhecimentos

conectados entre disciplinas técnicas, sociais, políticas e/ou humanas, por meio de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar da saúde (GOMES; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018:2). Na prática, isso implicaria em processos de trabalho na saúde desenvolvidos por meio de conhecimentos, experiências compartilhadas e com criação de novos saberes pela comunicação entre as diferentes teorias e práticas. Assim, não há modelos prontos para a Saúde do Trabalhador, trata-se de uma construção social, de acordo com as realidades de vida e trabalho dos indivíduos e coletivos.

Os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população geral, em razão de sua idade, gênero, grupo social ou pertencimento em um grupo específico de risco. No entanto, eles também podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado. Assim, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará da combinação desses fatores, que podem ser sintetizados pela Classificação de Schilling (1984):

- **Grupo I:** doenças em que o trabalho é causa necessária, por exemplo, as intoxicações de trabalhadores por agentes químicos presentes nos ambientes de trabalho durante processos de produção.
- **Grupo II:** doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário. São exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais a relação com o trabalho é identificada em estudos epidemiológicos⁷, como a hipertensão arterial em motoristas de coletivos urbanos.
- **Grupo III:** doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente (BRASIL, 2001). Ou seja, o trabalho é um fator concomitante ou que se superpõe a outros fatores. Exemplos são as doenças alérgicas e os distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais.

O Ministério da Saúde do Brasil adota uma Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho – LDRT, a qual reconhece 187 agravos relacionados ao trabalho. Destes, nove devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esta notificação é importante para monitorar a ocorrência do agravo, estabelecer as ações de vigilância e as medidas de promoção e proteção da saúde nos ambientes de trabalho, a fim de prevenir novos acidentes ou adoecimentos (BRASIL, 1999).

Atualmente as doenças e agravos de notificação compulsória no Brasil estão regulamentados por duas portarias. A primeira é a Portaria GM/MG nº 204 de 17/02/2016



QUEM

Richard Schilling foi um professor de Saúde Ocupacional na Universidade de Londres, na Inglaterra. Em suas pesquisas, ele observou que as doenças relacionadas ao trabalho eram subestimadas em seu país. Ele propôs uma classificação para os agravos à saúde decorrentes dos ambientes e da forma como o trabalho é executado. Seu objetivo era evidenciar o fenômeno desses adoecimentos, de modo a nortear ações efetivas de prevenção nos ambientes de trabalho (SCHILLING, 1984).

⁷ A Epidemiologia estuda a distribuição das doenças nas populações e os fatores que influenciam ou determinam esta distribuição (GORDIS, 2009: 3).

define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças e agravos de saúde pública em todos nos serviços de saúde públicos e privados em todo território. A outra é a Portaria GM/MS nº 205 de 17/02/2016, define a lista nacional de doenças e agravos, a serem monitorados por meio da vigilância em unidades sentinelas. Nesse modelo, a vigilância é realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico que adere facultativamente a notificação, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

No quadro 2, a seguir, os quatro primeiros agravos são de notificação compulsória e os cinco últimos de notificação em unidade sentinela (CEARÁ, 2017).

Quadro 2 – Agravos a Saúde do Trabalhador que devem ser notificados ao SINAN

Agravos a Saúde do Trabalhador que devem ser notificados	Breve descrição
Acidente de trabalho grave, fatal e em crianças e adolescentes.	São aqueles acidentes que ocorram no exercício do trabalho ou no percurso casa trabalho. São graves os que resultam em morte, mutilações (amputações, poli-traumatismo, esmagamento, traumatismos de crânio ou coluna, asfixia, aborto, perda de consciência, lesões viscerais e eletrocussão) e que acontecem com menores de dezoito anos.
Intoxicação exógena	Decorre da exposição a produtos químicos, como agrotóxicos, solventes, metais, etc. Também podem ocorrer intoxicações alimentares.
Violência Interpessoal ou Autoprovocada: Violência relacionada ao trabalho e Violência Trabalho Infantil, após investigação e confirmação	Caso suspeito ou confirmado de trabalho escravo, trabalho infantil.
Acidente de trabalho com exposição a material biológico	Todo caso de acidente de trabalho, envolvendo exposição direta ou indireta à material biológico potencialmente contaminado por vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários, por meio de material perfuro-cortante ou não.
Dermatose ocupacional	Toda alteração da pele, mucosas, cabelos e unhas direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho, relacionadas à exposição a agentes químicos, biológicos ou físicos, e ainda a quadros psíquicos.
Perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR)	Diminuição gradual da audição, decorrente da exposição continuada ao ruído.
Lesão por Esforço Repetitivo/ Doença Osteomuscular Relacionada ao trabalho – LER/ DORT	Todas as doenças que afetam o sistema músculo esquelético, causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho. Caracterizam-se por sintomas que aparecem aos poucos como dor dormência, formigamento, fadiga muscular, no pescoço, coluna vertebral, ombros, membros superiores ou inferiores.
Câncer relacionado ao trabalho	Todo caso de câncer que tem entre seus elementos causais a exposição a fatores, agentes e situações de risco presentes no ambiente e processo de trabalho.
Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho	Casos de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravo de transtornos mentais previstos na Classificação internacional de Doenças versão 10 – CID, que tem como causas fatores de risco relacionados ao trabalho, sejam sua organização e gestão ou exposição à determinados agentes tóxicos.

Fonte: CEARÁ, 2017

Compreendemos assim, que todo trabalho pode apresentar riscos à nossa saúde. Uma forma prática de classificar esses riscos é dividi-los em: riscos de acidentes, riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e/ou psicossociais. Mapear os riscos de cada função e posto de trabalho é um passo muito importante para traçarmos estratégias de eliminação ou redução da exposição a estes riscos. Este mapeamento pode ser realizado pelos próprios trabalhadores e, se necessário com o apoio de profissionais de saúde. Os riscos presentes nos ambientes de trabalho podem ser resumidos como no quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Classificação de Riscos Ambientais no Trabalho

Riscos Físicos	Riscos Químicos	Riscos Biológicos	Riscos Ergonômicos ou psicossociais	Riscos de Acidentes
Ruídos	Poeiras Fumos Substâncias, compostos, produtos químicos em geral Vapores Gases Névoas Neblinas	Bactérias Vírus Fungos Prions Parasitas	Esforço físico intenso	Arranjos físicos deficientes Máquinas e equipamentos sem proteção Ferramentas inadequadas ou defeituosas Iluminação inadequada Eletricidade Probabilidade de incêndio ou explosão Armazenamento inadequado Animais peçonhentos Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes.
Vibrações			Controle rígido de produtividade	
Radiações ionizantes			Levantamento e transporte manual de peso	
Radiações não ionizantes			Exigência de postura inadequada	
Calor			Imposição de ritmos excessivos	
Frio			Trabalho em turno e noturno	
Pressões anormais			Jornada de trabalho prolongada	
Umidade			Monotonia e repetitividade	
			Outras situações causadoras de estresse físico e psíquico.	

Fonte: BRASIL, 2021

Os riscos psicossociais relacionam-se com a interação dos indivíduos e seu trabalho, associando-se a fatores diversos (Quadros 1 e 2), o que pode comprometer a saúde do trabalhador nos âmbitos físico (doenças circulatórias/gastrointestinais, alterações musculoesqueléticas, dores de cabeça etc); mental (depressão, ansiedade, problemas emocionais, suicídio etc) e comportamentos disfuncionais como abuso de substância, tabagismo e obesidade (RODRIGUES; FAIAD; FACAS, 2020).

Diante do exposto, entende-se que a Saúde do Trabalhador leva em conta a trama que compõe os riscos de adoecimento com variáveis do contexto interno e externo ao qual a organização do trabalho se insere. Assim, quando se discute o trabalho no sistema prisional, deve-se considerar principalmente, as formas de organização do trabalho, incluindo no debate a subjetividade e as possibilidades de resistência e enfrentamento. Lembrando, como nos ensinou Canguilhem (2011), a saúde não significa estar submisso às normas existentes, mas a capacidade de abrir novas perspectivas de repactuação e negociação com o meio, visando encontrar margens de manobra e equilíbrio que permitam a recriação do contexto, posicionando-se como trabalhador-sujeito.

Uma estratégia importante para promoção de nossa saúde é a construção do sentido do trabalho, o que é realizado por meio de um coletivo de trabalho. Atividades de trabalho que são



SAIBA MAIS

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação é um sistema do Ministério da Saúde alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Todos profissionais de saúde devem fazer as notificações dos casos atendidos que se encontram nessa lista, que serão organizados e analisados pelas equipes de vigilância epidemiológica dos Municípios, Estados e da União. Os agravos de Saúde do Trabalhador são de notificação compulsória. O objetivo do SINAN é possibilitar a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos, indicando os riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (BRASIL, 2007).

Para mais informações acessar: <https://portalsinan.saude.gov.br/>

estigmatizadas dificultam, mas não impossibilitam a constituição de um coletivo de trabalhadores que se identificam e procuram formas de desenvolver seu ofício. Mesmo em atividades consideradas humilhantes ou degradantes é possível que estas sejam fonte de desenvolvimento pessoal e social, se os trabalhadores constituem um coletivo que possibilita o confronto e a construção de saídas possíveis para os obstáculos da realidade das situações de trabalho, fator primordial para o desenvolvimento da atividade. Assim, o coletivo de trabalhadores pode se tornar um dispositivo de saúde no trabalho, por possibilitar e explorar a criatividade e a implicação do sujeito em sua atividade, na criação e transformação de normas (CLOT, 2010).

As reuniões de equipe, os encontros e diálogos com os colegas possibilitam também que sejam construídas relações solidárias, com compromissos mútuos, pactuações, parcerias. Processos de trabalho mais eficientes são construídos conjuntamente com as equipes que os operacionalizam. Assim também podem (e devem) ser discutidas estratégias comuns de enfrentamento aos problemas que são comuns.



PARA REFLETIR

Você e seus colegas conhecem quais os riscos sua função e seus postos de trabalho trazem? Há espaço para conversarem sobre esse tema? A equipe de saúde conhece os agravos de Saúde do Trabalhador e tem realizado as notificações no SINAN?

Reflitam sobre como vocês podem contribuir para este debate e a implantação de medidas de segurança e saúde no seu local de trabalho.

Algumas estratégias para a organização do trabalho que têm tido bons resultados são:

- Construção de Planejamento Estratégico;
- Instituição de Programa de Educação Permanente para o Trabalhador;
- Normas, Regras e Papeis de cada função claros e objetivos;
- Vias de Comunicação acessíveis – caixas de sugestão, mural, jornal, revista, email, reuniões;
- Projetos que fortaleçam o coletivo - laços de solidariedade;
- Campanhas de combate a todas as formas de discriminação e assédio moral no trabalho;
- Trabalho em equipe;
- Participação do trabalhador na construção dos processos de trabalho;
- Busca coletiva de resolução de conflitos – Mediação/Conciliação;
- Incentivo a acesso ao Lazer e Arte;
- Incentivo ao convívio familiar e social;

O Brasil possui uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012) que prevê ações de saúde do trabalhador em todos os pontos da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde começando pela sua porta de entrada na Atenção Primária à Saúde, realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelas Equipes de Saúde da Família.

O modelo prevê ainda a atuação de Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores. Esses centros atuam como referências regionais, que atendem vários municípios de sua região, realizando diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas ao trabalho; ações de vigilância à saúde dos trabalhadores; promoção da saúde e educação em saúde para este grupo específico

Minas Gerais possui 20 Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), localizados nos municípios de Andradas, Araxá, Barbacena, Belo Horizonte (Centro de Referência do Barreiro e Centro de Referência Centro Sul), Betim, Contagem, Diamantina, Divinópolis, Governador Valadares, Ipatinga, Juiz de Fora, Montes Claros, Passos, Poços de Caldas, Sete Lagoas, Ubá, Uberaba, Uberlândia e Unaí (CEREST Rural). O estado possui ainda um Centro de Referência Estadual em Saúde dos Trabalhadores que funciona na cidade administrativa do estado e um Serviço Especial Saúde dos Trabalhadores – SEST, localizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais em Belo Horizonte.

O acesso a esses centros ocorre por meio de encaminhamento por profissional da UBS, por outros serviços de saúde, pela perícia médica da Previdência Social, sindicatos e associações de trabalhadores ou por procura direta do próprio trabalhador.

A atenção à saúde dos trabalhadores implica em várias ações que buscam o acolhimento, notificação de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação física, reabilitação profissional, acesso aos benefícios previden-



PARA REFLETIR

Você sabe qual o Centro de Referência que atende a sua cidade? Procure saber, esta informação pode ser útil para você e seus colegas de trabalho.

ciários, educação para a saúde, apoio ao retorno e reintegração ao trabalho etc. Essas ações se desdobram em várias atividades a serem implementadas não apenas pelos serviços públicos de saúde, mas também pelos serviços de engenharia de segurança e medicina do trabalho -mantidos pelo empregador, pelos colegas de trabalho, associações e sindicatos de trabalhadores e pelos órgãos de previdência social

As atividades desenvolvidas por esses serviços e organizações diversas incluem:

- Acolhimento ao indivíduo acidentado ou doente e seus familiares;
- Encaminhamento a serviços de saúde especializados;
- Notificação do caso no SINAN;
- Emissão de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) quando de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, ocorridos em empregados cobertos pelo Regime Geral da Previdência Social (INSS);
- Afastamento do trabalho se necessário para a recuperação da saúde ou afastamento dos fatores de risco que levaram ao adoecimento;
- Reunião com os colegas do mesmo setor para analisar as causas do acidente ou doença, buscar meios de prevenção de novos casos e evitar julgamentos da vítima;
- Reunião com os gestores do setor, para traçar estratégias e identificar, necessidade de substitutos para o trabalhador doente ou acidentado, melhoria das condições de trabalho etc.;
- Manter contato com o trabalhador durante o afastamento visando ampará-lo e apoiá-lo (ligar, visitar);
- Preparação do setor para receber o trabalhador ou trabalhadora, quando se seu retorno ao trabalho;
- Avaliação da capacidade laborativa para verificar se o trabalhador tem condições de retornar para a mesma função e se há alguma restrição quanto ao desempenho de alguma tarefa e a necessidade de alterações no ambiente de trabalho para recebê-lo;
- Possibilidade de reorientação profissional, em casos de restrição a antiga função;
- Organização de apoio dos colegas para o retorno ao trabalho;
- Envolvimento da família para que esta possa oferecer suporte no cuidado ao trabalhador e no seu retorno ao trabalho;
- Sempre ACREDITAR na capacidade humana de superação!

1. Procure conhecer mais sobre seu trabalho, sua profissão e sobre Saúde do Trabalhador.
2. Verifique se há um mapeamento dos riscos envolvidos em sua função e seu posto de trabalho. Se houver, estude-o e contribua para o seu desenvolvimento. Se não houver, leve ao conhecimento dos gestores a necessidade de construção coletiva desse mapeamento.
3. Participe das capacitações, reuniões e espaços de trocas de conhecimentos promovidos pela instituição que trabalha. É importante que toda instituição desenvolva espaços contínuos de formação profissional. Nunca sabemos tudo. Temos sempre o que aprender e ensinar! Expresse o que pensa e sente.
4. Participe da construção de estratégias de planejamento comum do trabalho, bem como das estratégias de ação, em casos de problemas.
5. O alinhamento dos processos de trabalho (agentes de segurança, setor administrativo e profissionais de saúde) pode garantir a boa comunicação entre os colegas de trabalho, fator crucial para o bom desenvolvimento das funções.
6. Se estiver sentindo sintomas de algum adoecimento, procure ajuda profissional. Quanto antes você for orientado quanto ao que pode fazer, melhores serão suas perspectivas de melhora.
7. Não julgue colegas que estejam adoecidos. Adoecimento não é sinal de fraqueza. Ofereça ajuda. Oriente o colega a procurar ajuda. Escutar, com empatia, um colega fortalece nossos laços. Todos saem ganhando.
8. A constituição de colegiado gestor, mesas de negociação ou outros dispositivos de planejamento e discussão conjunta entre gestores e trabalhadores é uma estratégia importante tanto para a construção de processos de trabalho eficientes, quanto para a saúde dos trabalhadores.
9. Desenvolva atividades físicas, de lazer e de descanso. Precisamos de movimento, tanto quanto precisamos de repouso. Desenvolva hobbies e aprenda novas habilidades. A alegria é o motor da nossa saúde.
10. Cultive seus laços familiares e sociais. Quanto mais apoio social nós temos, mais longe conseguimos seguir.

Podemos pensar que a saúde é o nosso principal bem e que o trabalho pode ser tanto um meio de construí-la quanto de prejudicá-la. Esperamos que você ao final desse módulo tenha refletido sobre as implicações do trabalho no processo de saúde e adoecimento e algumas estratégias para promover mais desenvolvimento nos ambientes de trabalho. E que esse conhecimento aumente seu poder de agir, sua capacidade de ser saudável.

Referências

BRASIL. **Lei no 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1990, set. 20; Seção 1, p.18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999.** Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I da Portaria. Diário Oficial da União, 19 nov. 1999, seção 1, p. 21.

BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=207-doencas-relacionadas-ao-trabalho-manual-procedimentos-para-os-servicos-saude-7&category_slug=saude-e-ambiente-707&Itemid=965>. Acesso em: 28 abr.2021.

BRASIL. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação** – Normas e Rotinas. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf>. Acesso em 01 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51. Disponível em <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html> Acesso em: 28 abr.2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria de Trabalho. **Norma Regulamentadora no 9.** 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-9-nr-9>>. Acesso em 27 abr.2021.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7ª ed. 2011. 288p.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Manual para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculos operacionais dos agravos e doenças relacionados ao trabalho** [recurso eletrônico] / Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; Clara Maria Nantua Evangelista de Farias e Gisela Maria Matos Serejo (Org.). – Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2017. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/manual_sinan_-15_02_17.pdf> Acesso em: 28 abr. 2021.

CLOT, Yves. **A Função Psicológica do Trabalho.** 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2006. 222p.

CLOT, Yves. **Trabalho e Poder de Agir.** Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.368p.

CLOT, Yves. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: BENDASSOLLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andrea (Org.) **Clínicas do trabalho:** novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p.71-83.

CRISP - Centro de Estudos em Criminalidade e Segurança Pública da UFMG. Coordenação Profa. Dra. Ludmila Mendonça Lopes Ribeiro. **Missão Guardar:** quem são, o que pensam e em que condições trabalham os agentes penitenciários da Região Metropolitana. Belo Horizonte. 2015.

DEJOURS, Christophe. BÈGUE, Florence. **Suicídio e trabalho:** O que fazer? Brasília: Paralelo 15; 2010.128p.

FOUCAULT, Michael. **Vigiar e Punir:** nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2014.288p.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, June 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1963.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2021.

GORDIS, Leon. **Epidemiologia.** Rio de Janeiro: Revinter, 2009. 372p.

JASKOWIAK, Caroline Raquele, FONTANA, Rosane Teresinha. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. **Rev Bras Enferm**, Abr. 2015, vol.68, n. 2, p.235-243. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0235.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2021.

LHUILIER, Dominique. Introdução à psicossociologia do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. spe. 1, p. 5-19, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-7172014000100003> Acesso em: 02 jun. 2017.

MONTEIRO, Rodrigo Padrini. “**O dom de ver atrás do morro**”: a atividade de agentes de segurança penitenciários em um manicômio judiciário de Minas Gerais. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2018. 267p.

NOGUEIRA, Péricles Alves; ABRAÃO, Regina Maura Cabral de Melo; GALESILL, Vera Maria Neder; LÓPEZILL, Rossana Verónica Mendoza. Tuberculosis and latent infection in employees of different prison unit types. **Rev. Saúde Pública**, 2018, vol.52. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052007127.pdf>. Acesso em: 28 abr.2021.

OLIVEIRA, Victor Neiva; RIBEIRO, Ludmila Mendonça e BASTOS, Luiza Meira. **Os agentes penitenciários em Minas Gerais: Quem são e como percebem a sua atividade**”. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemapenaleviolencia/article/view/21891>>. Acesso em: 28 abr. 2021.

REINERT, Fabíola ; VERGARA, Lisandra Garcia Lupi; GONTIJO Leila Amaral. Percepção das condições de trabalho e saúde pelos agentes penitenciários do Presídio Masculino de Florianópolis/ Primeiro Congresso Internacional de Ergonomia Aplicada. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br/s3-sa-east-1.amazonaws.com/engineeringproceedings/conaerg2016/4635.pdf> > Acesso em: 28 abr. 2021.

REIS, Adriana Paula. **Trabalho, Saúde e Adoecimento Mental: percursos na rede de atenção do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

RODRIGUES, Carlos Manoel Lopes; FAIAD, Cristiane; FACAS, Emílio Peres. Fatores de Risco e Riscos Psicossociais no Trabalho: Definição e Implicações. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 36, n. spe, e36nspe19, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v36nspe/1806-3446-ptp-36-nspe-e36nspe19.pdf> >. Acesso: 27 abr. 2021.

RUDNICKI, Dana; SCHÄFER, Gilberto; SILVA, Joana Coelho. As máculas da prisão: estigma e discriminação das agentes penitenciárias. **Rev. direito GV**, 2017, vol.13, n.2, p.608-627. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rdgv/v13n2/1808-2432-rdgv-13-02-0608.pdf>>. Acesso em: 28 abr.2020.

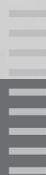
RUMIN, Cassiano Ricardo. Sofrimento na vigilância prisional: o trabalho e a atenção em saúde mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 26, n. 4, p. 570-581, dez. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v26n4/v26n4a05.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2021.

SANTOS, Milton. Território e dinheiro. In: **Revista GEOgraphia**. Niterói: programa de Pós –Graduação em Geografia – PPGEO – UFF/AGB, v.1, n1. P. 7 a 13, 1999.

SCHILLING, R.S.F. More effective prevention in Occupational Praticice.In: **Occupational Medicine** (1984) Vo. 34/nº3, pags. 71 – 79. Printed in Great Britain.Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.893.2852&rep=rep1&type=pdf> >. Acesso em 01 set. 2020.

SCHWARTZ, Yves. Manifesto por um ergoengajamento. In: BENDASSOLLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andrea (Org.), **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade**, p. 132-166. São Paulo: Atlas, 2011b.

VARELLA, Drauzio. **Carcereiros**. São Paulo: Companhia das letras, 1ª ed. 2012.



CAPÍTULO III

Saúde mental no presídio

Saúde mental no presídio

- Alessandra Vieira
- Anísia Chaves e Silva
- Camila Santos
- Crisane Rosseti
- Itamar Brant
- Marcelo Arinos Drummond
- Oswaldo Norbim Cunha
- Vívian Ferreira

Introdução

Neste capítulo são apresentados conteúdos voltados para ampliação da compreensão da temática Saúde Mental no Sistema Prisional. Assim, a questão orientadora do conteúdo desenvolvido é como realizar o cuidado em Saúde Mental no ambiente prisional. Parte-se do princípio que o cuidado em saúde pressupõe a criação de um espaço no qual as representações sociais de quem cuida, de quem é cuidado, assim como de toda a sociedade, interferem e podem vir a definir as possibilidades para esse cuidado acontecer. Busca-se aqui contribuir para o trabalho das equipes de saúde no Sistema Prisional, em articulação com a equipe de segurança e a equipe administrativa da unidade prisional, no contínuo desafio de ofertar a atenção integral à Saúde à população privada de liberdade.

Neste sentido, são abordados os seguintes temas:

1. Abordagens em Saúde Mental
2. História das Prisões
3. Arquitetura das Instituições e significados
4. A História da Loucura
5. Reforma Psiquiátrica Brasileira
6. Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
7. Abordagens Terapêuticas, Psicofármacos e o Cuidado na Saúde Mental

As abordagens terapêuticas em Saúde Mental adotadas consideram a ampliação de práticas de acolhimento, de escuta e de cuidado em saúde para Pessoas Privadas de Liberdade.

Iniciamos nosso diálogo neste capítulo estabelecendo pequenas pausas para a reflexão sobre a construção de práticas de cuidado.

O Trabalho em Saúde no Sistema Prisional

O trabalho da saúde no Sistema Prisional é orientado pela legislação apresentada a seguir, basilar para o cuidado em saúde e proteção à vida no Sistema Prisional:

Legislação que estabelece o Cuidado em Saúde no Sistema Prisional

- **Lei de Execução Penal**, Lei Nº 7.210/1984 (BRASIL, 1984). Em seu Artigo 41º, Inciso VII, destaca o direito à assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religioso da pessoa privada de liberdade;

- **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário** (BRASIL, 2005a). Instituído pela Portaria Interministerial N.º 1.777/2003, **destina-se a organizar a atenção integral à saúde da população prisional** confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas **unidades prisionais psiquiátricas** (BRASIL, 2003). Visa à inclusão da população penitenciária no SUS, assegurando o acesso às ações de promoção, prevenção e à atenção integral à saúde da pessoa privada de liberdade, além de garantir o direito à cidadania na perspectiva dos direitos humanos. São definidas neste Plano, linhas de ação da **Atenção em Saúde Mental**, entre outras, de forma que possam contribuir para a **prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento** e a atenção às situações de grave prejuízo à saúde em consequência do uso de álcool e drogas (BRASIL 2019);

- **Política Nacional de Atenção Integral à População Privada de Liberdade** (BRASIL, 2014a). Instituída após análise do esgotamento do modelo utilizado e da necessidade urgente de **promover a inclusão efetiva** das Pessoas Privadas de Liberdade na atenção em saúde garantida no SUS, de acordo com seus princípios e diretrizes. Abrange todo o sistema prisional, considerando a realidade enfrentada (como a superlotação e a precariedade estrutural) e conecta-se aos serviços da Rede de Atenção à Saúde, garantindo assim os **princípios da Universalidade e da Equidade** à população privada de liberdade no Sistema Único de Saúde. **Portaria nº 94 de 14/01/2014** (BRASIL, 2014b). 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.

- **Portaria Conjunta nº 25/2001** CNJ e TJMG, de 07/12/2001 (MINAS GERAIS, 2001). Cria o **Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de sofrimento mental – PAI-PJ**. O Programa possibilita o estudo de cada caso para auxiliar na modulação da medida por meio de um projeto clínico particularizado e da promoção da reinserção social do sentenciado.

- **Lei nº 10.216/2001** (BRASIL, 2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Prioriza o cuidado em saúde mental em serviços abertos e de base comunitária, sendo contrária ao modelo asilar e manicomial, preconizando a auto-

nomia, a liberdade e a participação dos usuários como cidadãos. Ela representa um grande avanço jurídico e assistencial no que diz respeito aos direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental e de seus familiares, reconhecendo a **Saúde Mental** como uma Política Pública em consonância com os **princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde** e da **Reforma Psiquiátrica Brasileira**.

A Abordagem da Saúde Mental

Abordar a saúde mental no presídio implica em fazer reflexões e observações contínuas sobre o encarceramento e seus efeitos na saúde mental, tanto dos trabalhadores como das pessoas privadas de liberdade. As práticas clínicas instituídas historicamente e reproduzidas, foram descritas pelo filósofo Michel Foucault nas obras “A História da Loucura” e “Vigiar e Punir” (FOUCAULT, 1978;1999). Essas práticas associadas a uma determinada estrutura institucional revelam uma via de apagamento das individualidades e de modelagem dos comportamentos marcados pela exclusão das pessoas encarceradas ao convívio social, convívio este essencial à saúde mental.

A partir da história das prisões foi possível a realização de análise da instituição presídio, como um lugar de reprodução de práticas de castigo e punição. Integrar essas reflexões e considerar o presídio um território de saúde na rede do Sistema único de Saúde (SUS), implica em reconhecer seus desafios e buscar possibilidades para garantir o direito constitucional à saúde (GOFFMAN, 1974).

Michel Paul Foucault (1926-1984) Filósofo francês que desenvolveu teorias que abordam principalmente a relação entre o poder e o conhecimento a partir de uma perspectiva histórica e filosófica. Michel Foucault veio cinco vezes ao Brasil, sendo a primeira em 1965. Principais obras de Foucault: Doença Mental e Psicologia-1954; História da Loucura na Era Clássica-1961; O Nascimento da Clínica-(1963; As Palavras e as Coisas-1966 e Vigiar e Punir-1975 (FRAZÃO, 2020).

Erving Goffman (1922-1982). Sociólogo, antropólogo e escritor canadense. Sua obra tem influenciado e contribuído para estudos na área da sociologia, da antropologia, como também no campo da psicologia social, psicanálise, comunicação social, educação, ciências da saúde, etc. Entre outras obras importantes, seu principal trabalho foi “Manicômios, Prisões e Conventos” (1961), resultado de uma pesquisa sobre os comportamentos nas enfermarias dos Institutos Nacionais do Centro Clínico de Saúde e do trabalho de campo no Elizabeths Hospital, em Washington, nos Estados Unidos, entre os anos de 1955 e 1956, com pouco mais de 7000 internos e a obra Estigma: Nota Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada (1963), livro que reexamina os conceitos de estigma e identidade social, entre outro (FRAZÃO, 2020).

?

VOCÊ SABIA?

História das Prisões

Nos documentos sobre o sistema punitivo adotado pela sociedade é possível observar que esse processo do surgimento da prisão a todo o instante estava associado ao momento histórico e econômico existente, sendo uma resposta às necessidades da sociedade e dos governantes. O surgimento das prisões está associado à representação de um lugar de detenção ou castigo, sendo utilizado também como um mecanismo de controle, uma vez que os indivíduos eram enviados às masmorras, mantidos em isolamento e excluídos do convívio da sociedade.

Até o Século XVI as prisões eram o local ao qual eram levados os indivíduos que causavam alguma perturbação à ordem pública. Identificados como infratores, mendigos, vagabundos e loucos, neste espaço ficavam sob a constante vigília de um carrasco. O Século XVI foi conhecido como a Era do Suplício, na qual o corpo dos infratores era castigado com aplicação de duras práticas de punição: esquartejamento, tortura, mutilação, cortes, queima de cadáveres e intenso sofrimento impingido ao corpo. Aconteciam em praças públicas cenas de suplícios, com espetáculos de dor, vingança, horror, deportação, interdição e pena de morte. (FOUCAULT, 1999)

Na legislação existente no Século XVI é possível observar a marca do poder da justiça que associa punição ao suplício como, por exemplo, os descritos na legislação sobre vagabundagem, na Inglaterra:

“Elizabeth, 1572 - mendigos sem licença e acima dos 14 anos de idade devem ser fortemente chicoteados e marcados a fogo na orelha esquerda, no caso de ninguém os querer tomar ao seu serviço por dois anos; em caso de repetição, se estão acima dos 18 anos de idade, deve ser executado [...]” (MARX, 1867: 852-853).

Segundo Foucault (1999: 67) “O suplício não restabelecia a justiça; mas reativava o poder”. Destaca, assim, a relação de poder que o funcionamento político da penalidade exercia na época através do terror, da crueldade e da violência corporal nos indivíduos, mecanismo que perdurou no Século XVII e ainda no começo do Século XVIII.

Na segunda metade do Século XVIII começam a aparecer manifestações contrárias ao suplício, vindas de diversos setores da sociedade: filósofos, juristas, teóricos do Direito e a população em geral, questionando a intensidade da punição e se a pena realmente era proporcional ao delito cometido. “É preciso punir de outro modo: eliminar essa confrontação física entre soberano e condenado [...] o suplício tornou-se rapidamente intolerável” (FOUCAULT, 1999: 94).

No final do Século XVIII e começo do Século XIX uma reviravolta acontece em relação à questão das penalidades, onde a prisão se torna um dispositivo essencial (FOUCAULT, 1999). A prisão começa a ser reconhecida como a pena por excelência, passando a ser identificada também como casa de correção, sendo introduzidas outras tecnologias: são definidas práticas de disciplina para o interno e devem ser executadas por todos. Nestas práticas estão o trabalho forçado e a privação de liberdade, associa-



PARA REFLETIR

Evidenciava-se que o sistema punitivo vigente tinha que ser reavaliado, pois o que se esperava era “que a justiça criminal puna em vez de se vingar [...], porém o que se via era o castigo nos corpos com tal intensidade que era necessário “salvar” a “alma” do indivíduo [...] sua humanidade” (FOUCAULT, 1999: 95).

dos a algum tipo de restrição (alimentação, sexual, castigo físico, isolamento em masmorra e outros). A detenção amplia, assim, seu foco, uma vez que “[...] tomou como objeto a perda de um bem ou de um direito”. (FOUCAULT, 1999: 19)

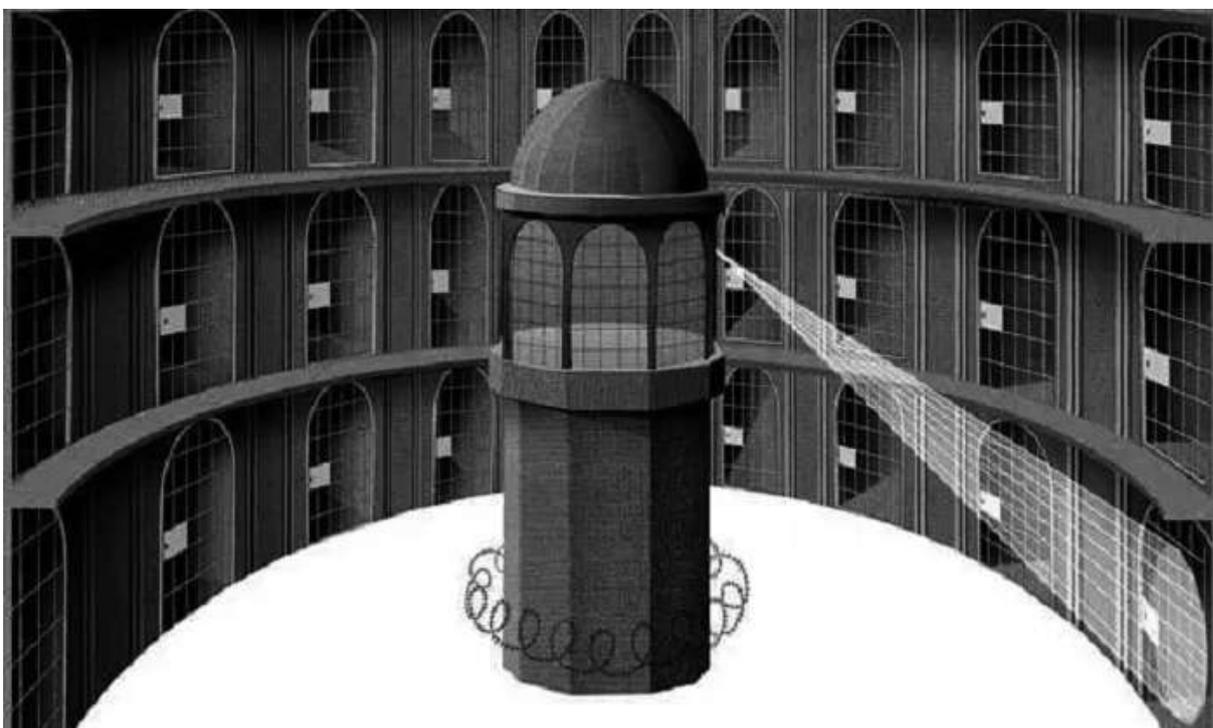
Desde o início do Século XIX já se acreditava que ao encarcerar numa prisão o indivíduo que cometia algum tipo de delito, estava-se também oferecendo uma correção indireta. Impunha-se a privação de liberdade e também a submissão à técnica de correção, ou seja, existia um acréscimo corretivo disciplinar para o seu comportamento inadequado. Buscava-se, assim, promover uma transformação para a readaptação à vida em sociedade.

Arquitetura das Instituições e seu Significado

A prisão, sendo um local de execução da pena, passa a ser também considerada um espaço de observação do indivíduo punido. Deste modo, não foi por acaso que o modelo Panóptico de Bentham, nos anos de 1830 a 1840, tenha sido facilmente absorvido por todo o mundo como uma edificação útil ao sistema carcerário. O tema do Panóptico, que remete ao mesmo tempo à vigilância e à observação, encontrou na prisão seu local privilegiado de existência. Este modelo também viria a servir como inspiração para outras instituições, tais como: exércitos, escolas, fábricas, hospitais, internatos, contribuindo para um modelo de sociedade disciplinar com pensamento hegemônico de poder absoluto. (FOUCAULT, 1999)

Trata-se de um modelo arquitetônico que permite ter uma visão privilegiada de vários pontos da instituição, com a justificativa de se manter a disciplina e de permitir que a força ou as coações violentas fossem substituídas pela eficácia “disfarçada” de uma vigilância sem falhas. (FOUCAULT, 1999)

Figura 1 – O Modelo Panóptico de Belthan adotado pelas prisões



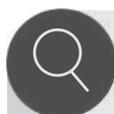
Fonte: RAZÃO INADEQUADA, 2014

Sendo um modelo de Instituição Total, a prisão pode ser definida como um local de moradia e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação análoga, retirados do convívio com o restante da sociedade por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e rigorosamente administrada. Seu caráter total é traduzido pela ruptura da relação social com o mundo externo e, especialmente, por se tratar de um lugar que apresenta características físicas claras de reclusão, sendo elas: muros altos, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água no seu entorno, local de difícil acesso, como florestas ou pântanos (GOFFMAN, 1974).

Estudiosos apontam que a longa permanência em uma instituição total pode impactar a saúde dos indivíduos, pois o cotidiano na prisão exige a execução de uma rotina rígida, com horários controlados e regras a serem cumpridas e observadas (GOFFMAN, 1974). Este modelo de funcionamento e controle em clausura pode ocasionar consequências extremamente danosas para a saúde mental das pessoas que ali estão, pois lhe é negado o direito à individualidade e à sua singularidade.

Segundo Ferreira (2012: 78) “as instituições totais podem ser compreendidas como espaços em que as disposições psicológicas dos indivíduos internados se modificarão gradativamente, mesmo daqueles indivíduos que componham a chamada equipe dirigente”. Desta maneira amplia-se a percepção dos possíveis efeitos que o modelo instituição total pode provocar, inclusive nos trabalhadores da instituição, que permanecem horas neste território de trabalho e convívio.

As prisões passaram então a ter a função de proteger a sociedade, dissuadir o cometimento de crimes, punir os infratores da lei, ressocializar o preso e prevenir a recidiva. No entanto, outros objetivos também estariam sendo atendidos de “forma velada” como, por exemplo, a manutenção de um mecanismo de dominação e controle de classe; a proteção do modo de produção capitalista contra possíveis revoltas da população; potencialização da condução de um perfil específico de detentos para a prisão, reforçando o estigma do criminoso associado às classes pobres; deslocamento do foco da desigualdade social para o foco na área da segurança; o estímulo à propagação de estereótipos e estigmas.. (FOUCAULT, 1999).



SAIBA MAIS

Vídeo: Vigiar e Punir: nascimento da prisão - Michel Foucault

Análise da Obra. Destaca pontos importantes sobre o surgimento da pena e punição na prisão, salientando as quatro partes da obra Vigiar e Punir (Suplício; Punição; Disciplina e Prisão).

Link: <https://youtu.be/jH0X4CnbA0o>

Vídeo: Erving Goffman: O presídio como instituição total.

Reflexão sobre os impactos para o indivíduo que vive a experiência de conviver em um presídio.

Link: <https://youtu.be/ZVWD2jvsm1o>

No Século XIX o encarceramento penal, além de retirar do convívio aqueles que atentavam contra a ordem pública, também oferecia a “oportunidade” de transformação do indivíduo e da correção de seus atos para que fosse possível a reinserção na sociedade de forma produtiva (FOUCAULT,1999). Destaca-se que não é a primeira vez que a internação ocorre, pois durante a Grande Internação - iniciada na segunda metade do século XVII, já era feita a internação nas Casas de Correção. E deixar o restante do parágrafo como está. Este processo se baseia em algumas concepções e princípios que sustentam: a ação político-moral onde o isolamento individual marca a existência de uma hierarquia de poder, quando uma pessoa controla e o outro obedece; o modelo econômico da força aplicada a um trabalho, ação obrigatória que ocorre dentro das prisões como correção; o modelo técnico-médico da cura e da normalização, onde se espera o retorno do comportamento adequado ao convívio social. Tais princípios estão identificados na arquitetura e na organização do cotidiano das instituições, na contenção em cela, oficina e hospital. A prisão configura a privação de liberdade, com condutas voltadas para técnicas disciplinares, compondo assim o intitulado sistema penitenciário (FOUCAULT, 1999).

Entretanto, ainda outros desafios se apresentam na convivência do cotidiano das prisões, uma vez que alguns internos identificados como “inaptos” ou “incapazes” são endereçados ao cumprimento de pena. E ao ser submetido a exigências de regras, rotinas e disciplinas presentes neste território de convivência pode vir a se tornar um desafio. No caso de uma pessoa portadora de sofrimento mental, com suas especificidades, diante do simples cumprimento de determinada pena pode ter reações inesperadas, o que implicará na necessidade de novos manejos e condutas. Como exemplo, a situação de isolamento prolongado pode potencializar, em alguns casos, o início de uma crise de heteroagressividade ou autoagressividade, ou ainda uma inércia total do indivíduo. Diante da ordem de executar uma tarefa ou trabalho, podem ocorrer reações adversas, intensificando assim a segregação e o estigma, dificultando a convivência com os outros internos e demandando uma conduta diferenciada. (FOUCAULT, 1999).

Deste modo, podemos considerar que existe um desafio que se apresenta à política do sistema penitenciário na atualidade, no sentido de reconhecer a necessidade de uma evolução na proposta, ultrapassando o direcionamento corretivo de normatização existente. Torna-se necessária a inclusão da construção de um manejo pelas equipes junto ao portador de sofrimento mental, que faz parte da sociedade e que é, portanto, cidadão de direitos.



ATIVIDADE

Depois de um breve estudo sobre a História das Prisões, discuta com sua equipe a citação abaixo:

“[...] O carcerário “naturaliza” o poder legal de punir, como “legaliza” o poder técnico de disciplina” Foucault (1999:329).

Será que esta concepção ainda está presente na rotina da instituição presídio? Quais os desafios que a rotina da instituição presídio traz para a recuperação do sentenciado portador de transtorno mental?

A História da Loucura

É preciso conhecer um pouco mais sobre a história da loucura, principalmente diante da identificação de pontos convergentes entre a origem de dois campos: as prisões e a compreensão sobre a loucura. Sendo uma instituição total, as prisões contribuíram e ainda contribuem para a segregação, estigmatização e exclusão, condutas que se assemelham à privação de liberdade ofertadas no trato com a loucura a séculos e sem nenhuma eficácia. Isto vem sendo perpetuado há gerações, na relação estabelecida com os portadores de sofrimento mental e, também, com as pessoas que passam pelas instituições de privação de liberdade.

A loucura sempre esteve presente na história da humanidade e seu processo de compreensão desenrolou-se ao longo dos séculos em diferentes momentos de experiência social. A percepção do louco foi marcada por momentos diversos, apoiada em crenças e no entendimento a partir da vida social em cada momento histórico. Na antiguidade a loucura era tida como um saber divino, reconhecida como um mistério dos deuses. Neste período o louco gozava de certo grau de liberdade, sendo autorizado a circular pela cidade, fazendo parte do cenário e das linguagens sociais nos campos e na cidade (MINAS GERAIS, 2006).

Na Idade Média, um período de forte dominação religiosa, onde a igreja sustentava o saber e o poder diante da sociedade, as crenças não reconhecidas pela igreja cristã eram vistas como misticismo, algo demoníaco, influenciado pelo maligno. Nesta época a loucura era vista como uma heresia, ou seja, um pecado, uma falta grave que se opunha aos dogmas da igreja, podendo assim ser exorcizada ou punida. (ARENA; BARBOSA, 2019).

No período do Renascimento ocorreu um grande desenvolvimento naval, comercial e urbano, com expressivo crescimento econômico nas cidades. Este desenvolvimento possibilitou a estruturação de uma nova ordem e exigência social na qual a cidade passa a requisitar mais limpeza nos ambientes de circulação e a requerer um número maior de indivíduos disponíveis para o trabalho. Diante deste novo cenário, aqueles que não correspondiam à demanda do mercado eram excluídos como, por exemplo, os mendigos, idosos, prostitutas, leprosos, sífilíticos e loucos. A cidade tinha que ficar limpa e dinâmica e a saída encontrada à época eram levar para lugares distantes os indivíduos que não contribuíam com o desenvolvimento da cidade e da sociedade. (ROCHA, 2017).

Assim, surgem nesse período da história embarcações que levavam os rejeitados pela sociedade para fora das cidades. Segundo Foucault (1999:9): "... nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos". Embarcação que transportava os loucos e indesejáveis de uma cidade para outra, sem porto para desembarcar, sendo estes abandonados em campos distantes, lugares totalmente desconhecidos para a maioria deles

Nos Séculos XV e XVI, quando a concepção da loucura se insere em um universo moral, o julgamento da forma de pensar do indivíduo começa a ser identificado pelo uso de novas expressões, como insanidade, alienado, numa tentativa de explicar o pensamento do louco. Constitui-se o espaço da Razão e Não Razão. Surge a consciência crítica da loucura, que se contrapõe à consciência trágica que existia, a designação divina. Por este motivo a loucura ganha diversas formas de interpretação, como as ligadas a ideias e imagens culturais, sendo exibida nas artes plásticas, na pintura e em obras literárias. O louco vai sendo considerado de forma diferente, como um indivíduo de expressão e regras próprias de sua natureza humana (MILLANI; VALENTE, 2008).

O reconhecimento e identificação da Não Razão do louco do Século XVI, segundo Foucault (1999: 54) “[...] constituía uma espécie de ameaça aberta cujos perigos podiam sempre [...] comprometer as relações da subjetividade e da verdade”. Assim, em meados do Século XVII, o pensamento cartesiano, que acreditava prioritariamente na razão, considerava que “[...] a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão”, portanto, a verdade do outro é avaliada a partir de uma racionalidade estabelecida externamente, onde um padrão de como deve se dar as relações da subjetividade para com o mundo sobrepõe a própria subjetividade singular do ser e sua verdade quanto à realidade (FOUCAULT, 1999: 54). Dessa maneira, é tirada do louco a possibilidade de ser incluído e aceito pela sociedade ao se negar sua singularidade e autonomia.

Segundo estudo de revisão sobre o tema, Rocha (2017) aponta que o desenvolvimento econômico das cidades ampliava nas ruas a circulação dos indesejáveis, desocupados, mendigos, vagabundos e os loucos. Assim, soluções foram apresentadas enquanto medidas coercivas, onde as pessoas eram internadas nas casas de correção e de trabalho e nos hospitais gerais das cidades. Expressava-se assim a intenção clara de retirada dos indivíduos como uma ação punitiva do pecado da ociosidade, e não em uma intenção curativa ou de reabilitação.

!
 IMPORTANTE

Inicia-se então o período chamado por Foucault de “**Grande Internação**”, onde de uma forma indiscriminada os indivíduos indesejáveis, passam a ser retirados das ruas das cidades. Assim, na Época Clássica, quem apresentava algum tipo de doença venérea, promiscuidade, homossexualidade, **loucura**, esbanjava, e demais manifestações de comportamentos que se desviavam o esperado para a manutenção da ordem pública e do julgamento moral, eram encaminhados para internação (FOUCAULT, 1999).

Em 1656, um importante acontecimento teve lugar em Paris, França, a assinatura do decreto da fundação do Hospital Geral. Um ato marcante para a história da loucura, pois oficializou o início de uma mudança na organização de um sistema com a criação de uma administração única: o hospital geral “Salpêtrière”, local para onde as autoridades e a Justiça passaram a enviar os indivíduos que provocavam algum tipo de desconforto ou ameaça à sociedade, sendo oferecida a exclusão e repressão. Um modelo que se espalhou pelas cidades. Contudo, ainda não eram reconhecidos como estabelecimentos médicos, mas como um lugar de controle do Estado sobre o indivíduo indesejável.

A institucionalização de um lugar destinado ao louco e a aproximação entre o Direito, Alienação e Loucura instituem uma conduta, uma sentença a ser oferecida pela Justiça aos loucos. A internação do indivíduo no manicômio e a interdição do sujeito jurídico revelam o reconhecimento do louco, alienado, como incapaz. O Direito oferece uma

resposta aos anseios da sociedade com relação àqueles que alteravam a ordem da razão, da moral e dos costumes. O indivíduo alienado e interdito passa a receber uma forma única e hegemônica de abordagem, a partir do Século XVIII, que seria a internação.



A história da loucura segundo Foucault(1999)

No período do Renascimento a loucura passa a ser considerada como algo bem humano, moralmente reprovável, sinônimo de desatino. Por isso teriam os “loucos”, junto com outros “desviantes”, que ser internados nas casas de correção da Grande Internação. Como não conseguiam responder adequadamente usando a razão eram **excluídos da sociedade**. A loucura passa a ser também associada à periculosidade, entendendo que os loucos não podiam circular no espaço social.

Diz Foucault (1978) “(...) na história do desatino, a internação designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade”. Contudo, a partir do final do século XVIII em diante é que a loucura será hegemonicamente considerada doença.

Com a Revolução Francesa, no final do Século XVIII, não mais se admitia na Europa, ao menos explicitamente, o encarceramento arbitrário de nenhum cidadão. Havia apenas uma exceção, no caso, os loucos, que eram levados para os manicômios existentes. Nesse período tem início uma mobilização dos médicos, que passam a reivindicar a competência para lidar com os loucos, marcando o nascimento da Psiquiatria, voltando sua atenção para os alienados reclusos nos manicômios. Inicia-se a descrição de alguns tipos de sintomas e sinais dos diversos transtornos psíquicos que se tornarão a base da psiquiatria moderna (MINAS GERAIS, 2006).

No Século XIX o tipo de tratamento oferecido aos loucos nos manicômios consistia, de uma forma geral, em medidas físicas, intervenções direcionadas ao corpo, tais como: Duchas; Banhos frios; Afogar e reanimar; Berço de urtiga; Chicotadas; Cadeiras giratorias; Acorrentar em salas escuras; Trepanação (perfuração no crânio que anos depois dará origem à lobotomia; esterilização; Extração de dentes; Hibernação; Indução ao vômito e outros. Ressalta-se que a trepanação é prática antiquíssima, com o objetivo de remover o que se acreditava serem espíritos malignos, mesmo que, muitas vezes, causando a morte do paciente. Já a lobotomia, eletroconvulsoterapia e coma por insulina são práticas que surgiram no Século XX

O médico psiquiatra Philippe Pinel (1745-1826), que muito contribuiu com os fundamentos da clínica psiquiátrica a partir do método clínico e de seu interesse pelas causas e classificações da alienação mental, sinalizava que a internação de longa permanência, sem tratamento necessário para o caso, não contribuía para a melhora do quadro e nem para a mudança de comportamento do louco (TEIXEIRA, 2019). A partir da segunda metade do Século XX o abandono existente nessas instituições asilares passa a ser denunciado e os indícios de abusos e maus-tratos começam a ser questionados pela sociedade.



ATIVIDADE

A partir desta breve apresentação acerca da História da Loucura, identifique três pontos comuns e três pontos que divergem no cuidado ao portador de sofrimento mental e no trato com a pessoa privada de liberdade.

Reforma Psiquiátrica Brasileira

Diante da realidade encontrada nos manicômios começam a surgir, em diferentes países, diversas denúncias e críticas ao modelo asilar de longa permanência e ao saber psiquiátrico tradicional, em meados do Século XX. Questionamentos quanto ao modo de funcionamento das instituições, à forma de tratamento dos loucos, às condutas dos profissionais e à privação de liberdade eterna. Desta maneira, em meados do Século XX, em um contexto de reconstrução social após a II Guerra Mundial, que causou sérios danos psíquicos a população que vivenciaram a guerra, tem-se o início movimentos reformistas em diversos países. Tais movimentos também começaram a ganhar força entre os trabalhadores brasileiros, com questionamentos à realidade do modelo asilar existente no Brasil à época.

Contudo, para compreender o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, primeiro é necessário acompanhar a História da Psiquiatria no Brasil. Veja a linha do tempo a seguir (Quadro 1), que tem como marco histórico o ano de 1852, momento do início do processo de institucionalização do louco e a criação de novas instituições de modelo asilar pelo país:

Quadro 1: Linha do tempo da história da Psiquiatria no Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir de Bernardo(2019)

Em um processo semelhante ao ocorrido em outros países, no Brasil o louco foi sendo reconhecido como doente, passando a ser tratado pela novíssima ciência da psiquiatria, que mantinha um modelo de assistência hospitalocêntrico, baseado no tratamento moral e na aplicação de medidas físicas de repressão e exclusão social. Acreditava-se que o louco seria recuperado e devolvido para o convívio da sociedade. Contudo, isso não ocorria, e não existia uma previsão do tempo de saída da instituição, colocando o louco numa situação de internação “perpétua”. Este formato de funcionamento se assemelha ao modelo das prisões, onde a pessoa privada de liberdade é submetida à pena de repressão, sem focar na busca efetiva de uma ressocialização e reintegração na sociedade, não existindo uma interlocução com o território ou com o sistema de saúde.

Os Hospitais psiquiátricos recebiam, cada vez mais, novos pacientes encaminhados pela Justiça, Santas Casas de Misericórdia e de diversas cidades. Este excesso de demanda foi tornando-se cada vez mais insustentável. Deflagrou-se grave crise, evidenciando a superlotação, número insuficiente de trabalhadores, o abandono dos internos e os maus-tratos. Os indivíduos eram tratados como animais, eram deixados sem roupas, com alimentação insuficiente e imprópria para o consumo humano, além da grave situação de violência, degradação e violação dos direitos humanos mais básicos, e sem proposta de tratamento.

Começam a surgir movimentos que dão início à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que se destaca de forma significativa em seu processo de estruturação, ocorrendo no mesmo período do movimento da Reforma Sanitária. Esta última buscava a universalidade do direito à saúde e a criação de um sistema de saúde, numa visão democrática dos direitos, onde a população começava a participar de forma efetiva desta construção.



IMPORTANTE

A história registra o ano de 1978 como um marco onde se intensificam as denúncias, críticas e revoltas diante da ausência de um tratamento humanizado para o doente mental submetido ao modelo hospitalocêntrico. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) despontava como um movimento que se juntava aos defensores da Reforma Sanitária, aos movimentos das associações de familiares, sindicalistas, associações de profissionais e outros, que se organizavam para defenderem uma nova forma de cuidado do indivíduo com transtornos mentais, sujeito e cidadão de direitos (MINAS GERAIS, 2006).

Eventos e atividades institucionais alicerçaram e contribuíram para que estes movimentos sociais ganhassem força, num cenário propício de redemocratização do País, com a construção do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Destacam-se:

- A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), em Brasília;
- A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987);
- A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (1988);
- O Encontro das Américas, em Caracas, Venezuela, em 1990, que levou à “Declaração de Caracas”, que dizia sobre a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina;
- A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992);
- A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001).

Eventos de representação social foram relevantes para o processo de mobilização e efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, onde o papel centralizador do hospital psiquiátrico e o olhar hegemônico começaram a ser questionados e problematizados. Passou-se a buscar o resgate dos direitos civis, direitos humanos, do cuidado humanizado e defesa do convívio comunitário, tratando-se de um novo direcionamento do cuidado do cidadão com transtorno mental no Brasil (HIRDES, 2009).



O **III Congresso Mineiro de Psiquiatria** ocorreu em um período de grande mobilização e questionamentos a respeito de denúncias de violências e maus-tratos em instituições asilares, com a presença de **convidados internacionais** muito atuantes, como os médicos psiquiatras **Franco Basaglia** e **Robert Castel**. Esses estudiosos sinalizavam a necessidade de um novo olhar e um novo modelo de cuidado para o louco e destacavam a importância do vínculo entre paciente e o médico. Encontro que contou também com a **participação de usuários**, familiares, profissionais de saúde mental, jornalistas, sindicalistas e outros, alcançando a opinião pública de todo o país. Um encontro extremamente significativo que evidenciou a urgência de se iniciar uma Reforma Psiquiátrica mais incisiva. Discussões que inspiraram a continuidade da Luta pelo **Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)**, que realizou seu **II Encontro, em Bauru, 1987**. Ali se cunhou frase: **“Por uma sociedade sem manicômios”**, abrindo o caminho para o **nascimento do movimento da Luta Antimanicomial** (MINAS GERAIS, 2006).

Esse movimento se fortaleceu, agregando cada vez mais adeptos, principalmente familiares e usuários que necessitavam de cuidados de saúde mental, potencializando o controle social e os movimentos sociais. Um movimento que existe até hoje, atuando na luta pelo direito do cuidado do louco em liberdade.



Vídeo: Da loucura à Reforma Psiquiatria (2019).

Relato do processo da reforma psiquiatria no Brasil, enfatizando a importância da valorização do cuidado dos usuários de saúde mental em serviços abertos.

Link: <https://youtu.be/ebSaYkEyM8A>

Livro: TOLEDO, J. F. (Org.). Colônia: uma tragédia silenciosa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

Registra o tempo da denúncia da assistência Psiquiátrica em MG, que tornou Barbacena como ícone e bandeira de uma transformação necessária para o louco.

Link: <https://pt.scribd.com/document/321853532/Livro-Colonia-Uma-Tragedia-Silenciosa>

Entrevista: DELGADO, Pedro Gabriel. Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Rio de Janeiro: Portal de Periódicos Fiocruz, 17 mai 2019.

Entrevista concedida a Paulo Gadella. Relata a história da Luta da Saúde Mental e a Reforma Psiquiatria Brasileira.

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=3AG9sdzmOJw>



ATIVIDADE

Em sua opinião, a Reforma Psiquiatria Brasileira está concluída?

Discuta com as equipes como o sistema prisional pode contribuir com a defesa dos direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental e as pessoas privadas de liberdade.

Instituiu-se a lei nacional para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, após tramitação de 12 anos no Congresso Nacional como projeto de lei. Assim, em abril de 2001 o Governo Federal promulga a Lei nº 10.216, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2016). Um ano depois da publicação da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em 2002 é lançada a Portaria Interministerial nº 628, de 02 de abril, revogada pela Portaria MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que deu origem ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2002; 2003).

Assim, o Sistema Penitenciário, em consonância com os acontecimentos de expansão do SUS e do processo de estruturação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, permite, “em uma iniciativa inédita não só estender o olhar e o cuidado em saúde mental às prisões, mas também pensar um novo modo de lidar com a questão dos manicômios judiciais” (BERLINCK; TEIXEIRA, 2008: 23).

“O **primeiro CAPS** (Centro de Atenção Psicossocial) do Brasil foi criado em **1987, na cidade de São Paulo** e, em **1989**, foram criados no município de **Santos** os NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), com funcionamento 24hs, posteriormente denominados de CAPS III” (BRASIL, 2013a:7).

?

VOCÊ SABIA?

O serviço 24 horas de Santos foi criado como uma resposta a um processo de intervenção, sob a liderança de David Capistrano Filho, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de denúncias de maus-tratos e confirmação de mortes de pacientes. O impacto e repercussão dessa atitude realizada em Santos abriu um caminho de possibilidades de construção e efetivação de uma Rede de Cuidado substitutivo ao Hospital Psiquiátrico, momento em que outras iniciativas foram se constituindo no município referido, como: cooperativa, residências para os egressos de hospitais e associações de usuários de saúde mental, demonstrando na prática que a reforma psiquiátrica era possível e realizável (BRASIL, 2005b).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fazem parte da rede de atenção à saúde mental e têm um papel fundamental e estratégico na efetivação do novo modelo de atenção ao portador de sofrimento mental. Um dispositivo de saúde que tem a missão de **ordenador e articulador do cuidado da atenção psicossocial** no território, próximo da comunidade e dos familiares do portador de sofrimento mental.

São serviços de **caráter aberto e comunitário**, condição contrária ao ao modelo asilar, **construídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a lógica interdisciplinar**, com foco ao atendimento às pessoas com sofrimento mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, seja em situação de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Todos esses são dispositivos de saúde substitutivos ao modelo asilar manicomial.

O novo modelo da Atenção Psicossocial vai se fortalecendo após os anos 2000:

Lei 10.708 de 31 de julho de 2003.

- Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações (BRASIL, 2003);

Programa de Volta Para Casa (PVC)

- Portaria 1.511 de 24 de julho de 2013 – Reajuste o valor do auxílio-reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2013b).

A Política de Saúde Mental visa:

- Promover a desinstitucionalização de pacientes de internação de longa permanência, com garantia de auxílio de reabilitação psicossocial e inclusão em serviços residenciais terapêuticos;
- Regulamentar internações em Hospital Psiquiátrico somente no caso onde tenha esgotado as todas as possibilidades de cuidado no território;
- Prever possível punição para a internação involuntária ou arbitrária; institui a assistência de saúde mental para os detentos do sistema penitenciário, fomentando o diálogo e discussão sobre um novo modo de tratar a questão dos manicômios judiciários;
- Ampliar o acesso sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica e assegura medicamentos medicamento básicos de saúde mental para usuários de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2001).

Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: um novo modelo de atenção psicossocial e o Sistema Único de Saúde (SUS)

Um novo modelo de tratamento começa a ser desenhado na prática do cuidado à pessoa portadora de sofrimento mental, a partir dos anos 1990. Políticas Públicas vão sendo constituídas, ao mesmo tempo em que se multiplicam as experiências inovadoras brasileiras no campo da atenção aos portadores de sofrimento mental, antes mesmo antes da promulgação da legislação Federal.

A Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). Desta maneira, os novos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial passam a fazer parte dos diversos pontos de atenção à saúde. Assim, a porta de entrada da RAPS passa a ser a Atenção Básica de Saúde, garantindo o acesso em liberdade, à participação social e o exercício da cidadania do portador de sofrimento mental, estimulando uma trajetória de vida em sociedade. Veja a seguir os dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

Figura 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório na Rua; Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial CT's
Atenção Hospitalar	Leitos de saúde mental em Hospital Geral
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares.

Fonte: CHIAVERINI, 2011: 63-64



ATIVIDADE

Em sua opinião, a Reforma Psiquiátrica Brasileira está concluída?

Faça um levantamento dos serviços de Saúde Mental existentes na cidade onde está localizada a instituição onde você trabalha, e proponha uma reunião de equipe entre os técnicos do sistema prisional e a Rede de Atenção Psicossocial local, para possíveis articulações de um trabalho em Rede.



SAIBA MAIS

Vídeo: O SUS do Brasil – Fiocruz

Momentos históricos sendo lembrados e imagens marcantes do processo de construção do SUS no Brasil.

Link: <https://youtu.be/Cb-cslNmGnE>

Vídeo: A Reforma Psiquiátrica no Brasil, a política de saúde mental e os desafios atuais.

Uma conversa com o sanitarista e Professor Paulo Amarante sobre a história da Reforma psiquiátrica brasileira e política de saúde mental. (Amarante, 2019)

Link: <https://youtu.be/RnAjJONI6Oo>

Vídeo: Via Justiça – 15 anos do Pai-PJ (2016)

Aborda os 15 anos do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de sofrimento mental (Pai-PJ), com a participação do desembargador Jarbas Ladeira e de Fernanda Otoni Brisset, coordenadora do programa Pai-PJ.

Link: <https://youtu.be/2BJH9JpQvt0>

Abordagens Terapêuticas e o Manejo do Cuidado na Saúde Mental

O cuidado na saúde mental pode despertar no profissional/trabalhador apreensão, receio e dúvidas em como manejar ou conduzir determinada situação diante do inesperado, como uma pessoa com alteração de consciência e de comportamento.

Oferecer atenção em saúde mental para uma população específica demanda do trabalhador uma postura dinâmica e reflexiva, que atenda à necessidade da pessoa e à situação de vulnerabilidade que se apresenta naquele momento. Desta maneira, a busca de novos conhecimentos e a compreensão do aspecto subjetivo do cuidado junto ao portador de sofrimento mental é fundamental para a condução de uma prática.

O confinamento dentro de uma prisão potencializa o adoecimento, impactando na estrutura psíquica de cada pessoa de acordo com sua história e singularidade. Assim, o vínculo, o laço e o cuidado oferecidos pelas equipes à pessoa privada de liberdade podem avivar e resgatar a essência do sujeito. A pessoa com sofrimento mental não pode ser reduzida a um diagnóstico/

rótulo, a partir de um “olhar” simplista, acreditando que pouco pode ser oferecido, devendo sempre ser respeitadas e cuidadas por direito.

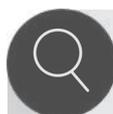
A abordagem a ser oferecida ao portador de sofrimento mental dentro da instituição prisional pode acontecer de diversas formas e saberes, por meio da utilização de técnicas terapêuticas, uso medicamentos, ações coletivas e outras ferramentas que possam atender à necessidade identificada “no caso a caso”. A disponibilidade do profissional diante desta demanda é o que fará a diferença para a construção do vínculo e empatia com o humano, contribuindo assim com uma mudança ou ressignificação na vida do sujeito. O trabalho em saúde se produz no encontro entre pessoas, onde a existência de equipes multiprofissionais nas instituições potencializa a ampliação deste cuidado, agregando saberes e novas possibilidades de atuação diante do desafio de cada caso. Merhy e Franco (2006:132), pesquisadores que têm contribuições significativas para a produção do cuidado em saúde, defende que o ‘trabalho em saúde’ é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Desta maneira, é possível pensar que:

“[...] há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos”. (MERHY; FRANCO, 2006: 283)

A valise, ou seja, a caixa de ferramentas das tecnologias leves, como a produção do vínculo, as relações entre as pessoas, o acolhimento, o estabelecimento de laço e a autonomização no processo de trabalho, é fundamental e necessária para a prática da atenção psicossocial. Todas essas ferramentas podem ser identificadas e potencializadas nas equipes que compõem o território prisional contribuindo, assim, com seus saberes na relação de convivência e de cuidado junto à pessoa com sofrimento mental no presídio.

Para o oferecimento de um cuidado é essencial conhecer o funcionamento cerebral e a psicopatologia. A personalidade é uma característica humana que se organiza a partir das dimensões física, psíquica e social, ou seja, constitui-se por fatores hereditários, ambientais e culturais.

Na prática do cuidado, o campo da psicopatologia vem se definindo como uma região de problemas de saúde que aborda o sofrimento mental a partir dos diferentes agrupamentos de sinais e sintomas, das classificações de doenças e das hipóteses sobre possíveis causas e origens destes processos do adoecer (VALENTE, 2013:9). A discussão desse campo de conhecimentos, segundo essas três linhas de abordagem acima referidas, tornou-se um instrumento que contribui para a compreensão de cada caso, auxiliando na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). A classificação apresentada pela Psicopatologia como já explicado nesse Capítulo foi usa-



SAIBA MAIS

Vídeo: Os segredos do cérebro humano. Globo News – Ciência e Tecnologia

Apresenta o cérebro a partir de sua forma e funções no ser humano.

Link: https://www.youtube.com/watch?v=Cl22v5uCi38&list=PLln6QebJ7EeLvBe2V2h_krG1v2HsBBQhG&index=30

Vídeo: Poder do Cérebro

Descreve o avanço do conhecimento científico acerca do funcionamento do ser humano.

Link: https://www.youtube.com/watch?v=kOQWKB_RY&list=PLln6QebJ7EeLvBe2V2h_krG1v2HsBBQhG&index=32

da para justificar os procedimentos de exclusão social, ditos como tratamento, aos alienados ou a quem não se enquadrava às normas sociais vigentes.

Jaspers (1883-1969), filósofo e médico psiquiatra alemão, utilizou-se da base clínica, filosófica, e da Psicopatologia para entender o funcionamento do ser humano. Destaca, em seus estudos, que a Psicopatologia é a ciência básica que serve de auxílio à Psiquiatria e é um conhecimento aplicado a uma prática profissional e social concreta. Essa ciência se beneficia das tradições neurológicas, psicológicas e filosóficas, sendo uma ciência autônoma, como a Psicopatologia Fenomenológica e a Psicopatologia Psicanalítica, por exemplo.

O **Projeto Terapêutico Singular** é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas **para o indivíduo e com o indivíduo**, com a contribuição da discussão coletiva de equipes interdisciplinares onde diversos setores podem ser convidados a contribuir, quando necessário, diante da complexidade do caso.

?

VOCÊ SABIA?

!

IMPORTANTE

A condução do cuidado na Atenção Psicossocial fundamenta-se na intersetorialidade, valendo-se de uma **clínica ampliada**. Considera a complexidade do sofrimento e vulnerabilidade do sujeito que precisa ser acolhido em sua subjetividade, delicadeza e singularidade. Trata-se de uma ” prática clínica capaz de reconhecer as forças externas e internas aos sujeitos em cada situação singular, de forma que possibilite um compromisso da clínica com a máxima defesa e produção de vidas” (CUNHA, 2010:13). Sustenha-se na garantia de direitos, ampliando as possibilidades de ações e intervenções junto à pessoa com sofrimento mental.

A Psicopatologia Fenomenológica Jaspersiana tem em sua base uma

“psicologia descritiva” [...] para o atingimento do fenômeno subjetivo [...] a fenomenologia transita entre a psicologia subjetiva, que busca o entendimento psicológico em si mesmo e como é vivido, [...] e uma psicologia objetiva [...] para garantir a conexão entre os fenômenos psicológicos e referentes externos que pudessem lhes validar a presença em diferentes situações [...]. Assim, a fenomenologia surge [...] como um método enviado para responder às necessidades de cientificidade para a psico(pato)logia e, ao mesmo tempo, atender ao imperativo de não exclusão ao verdadeiro objeto de estudo destas disciplinas, a experiência subjetiva. (RODRIGUES, 2005: 765 - 766)

Já a Psicopatologia freudiana sinaliza que é importante considerar o laço da psicanálise com a psiquiatria, a fim de encontrar o pano de fundo que serviu de base para os primeiros conceitos de Sigmund Freud” (VALENTE, 2013:14). Deve-se levar em consideração que a observação e a escuta qualificada na relação com o paciente possibilitam a articulação entre a teoria e a observação na prática do cuidado e, também, a constante reavaliação da condução do tratamento durante todo o processo de atenção à saúde.

A Psicopatologia Psicanalítica Freudiana é apresentada por meio de três estruturas e seus respectivos Mecanismos de Defesa: Neurose - mecanismo de defesa Recalque; Psicose - mecanismo de defesa Forclusão e Perversão - mecanismo de defesa Denegação (EQUIPLE PSICANÁLISE E CLÍNICA, 2017).



SAIBA MAIS

Sugestão de leitura para aprofundar seus estudos:

Obras incompletas de Sigmund Freud (GRUPO AUTÊNTICA)

Abordagem Psicofarmacologia

Psicofarmacologia trata da prescrição de substância psicoativa (medicamentos) para o tratamento das alterações das funções psíquicas, como cognição, humor, comportamento, psicomotricidade e personalidade. Os psicofármacos são substâncias que atuam no sistema nervoso central, causando impactos sobre o afeto, cognição, comportamento e outros. São medicações utilizadas buscando-se atingir uma dose que produza os efeitos desejados, tendo o menor efeito colateral possível, contribuindo assim para a melhora no quadro da pessoa com algum tipo de sofrimento mental.

Contudo, o uso de medicamentos por si só, em grande parte dos casos, não consegue trazer resultados satisfatórios, sendo indispensável a utilização de abordagens terapêuticas que primem pela importância da escuta e do estabelecimento de um laço afetivo, vínculos essenciais para o processo de cuidado integral à saúde mental.

Os psicofármacos são classificados em: Ansiolíticos e Hipnóticos; Antidepressivos; Antipsicóticos e Estabilizadores de Humor. O uso é prescrito pelo profissional médico, de acordo com a necessidade de cada caso. O monitoramento da administração destes medicamentos dentro da instituição presídio deve ser cuidadoso, seguindo a prescrição médica. São medicamentos controlados, que necessitam de prescrição para compra, e o uso de forma incorreta pode causar graves danos à saúde.

Lembramos que, apesar da evolução dos psicofármacos, o tratamento para a pessoa com sofrimento mental não pode se orientar exclusivamente pelo uso de medicamentos. Diante da complexidade dos casos, frequentemente se faz necessário o cuidado a partir da clínica ampliada, junto a uma equipe multiprofissional.



SAIBA MAIS

Livro: **Psicofármacos:** consulta rápida (CORDIOLI et al, 2020)

Livro: **Psicofarmacologia:** Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas (STAHL, 2014).



ATIVIDADE

Como acontece a condução do uso de medicamentos pelos internos na instituição onde você trabalha? Os pacientes com sofrimento mental têm acesso à consulta médica e ao medicamento?

A escolha por determinada abordagem terapêutica, no trabalho a ser realizado junto à pessoa portadora de sofrimento mental no presídio, deve levar em conta os aspectos fundamentais para a construção do cuidado, buscando “[...] ativamente relacionar o aspecto técnico aos aspectos humanistas da atenção à saúde” (AYRES, 2004:18). Assim, poderá ser ofertada uma escuta qualificada, embasada no conhecimento e no interesse genuíno pela história do outro.

Merhy (2006:281) apresenta-nos um conceito potente para explicar a importância da atitude do trabalhador quando este se coloca na linha de produção de cuidado em saúde diante do seu paciente: “[...] o ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”. Podemos, então, entender que a produção de cuidado junto à pessoa com sofrimento mental deve visar ao estabelecimento de vínculo, que significa ir além do ato de registros de procedimentos executados com o paciente, mas viabilizar uma escuta qualificada.



IMPORTANTE

O cuidado com base no vínculo considera e defende uma relação horizontal, que significa estar junto, ao lado e acompanhando o paciente. Permite, assim, a aproximação entre os saberes do paciente, usuário de saúde mental, da equipe técnica e dos agentes de ação social que compõe todo o território presídio. Estas ações são produzidas a partir de uma escuta qualificada, tendo o paciente como o centro no processo de cuidado, onde a comunicação e o diálogo estão presentes internamente e de forma ampliada. Garantem, deste modo, a autonomia e a cidadania dos sujeitos.

Por fim, é muito importante a atenção para um conceito que tem sido considerado como uma ação básica no cuidado em saúde e que, se não estivermos atentos, pode se perder ou ser simplificado na prática do trabalho e perder a sua eficácia. O que está sendo dito aqui é referente ao ato de realizar o acolhimento, ação que pode ser entendida como o primeiro contato com a pessoa com sofrimento mental no presídio, e também como uma ação que acontece a cada encontro entre esta pessoa e o profissional/trabalhador nos diversos pontos de atenção dentro da instituição presídio. O acolhimento representa uma dimensão cuidadosa, a atitude de cuidado na produção de saúde. Isso não significa atender a todas as demandas solicitadas, mas qualificar a escuta e entender o que de verdade está sendo solicitado e o que é possível de ser ofertado diante da situação.

Pilares da ação terapêutica do vínculo:

O acolhimento – estabelece o vínculo e permite o cuidado.

A **escuta** – permite o desabafo (denominada catarse em termos psicológicos) e cria espaços para o paciente refletir sobre seu sofrimento e suas causas.

O suporte – representa continente para os sentimentos envolvidos, reforçando a segurança daquele que sofre, empoderando-o na busca de soluções para seus problemas.

O esclarecimento – desfaz fantasias e aumenta informação, reduzindo a ansiedade e a depressão. Facilita a reflexão e permite uma reestruturação do pensamento com repercussões nos sintomas emocionais e até mesmo físicos (CHIAVERINI, 2011: 63-64).

Santos, no Curso Qualificação em Saúde para Trabalhadores do Sistema Prisional MG (2019), sobre a experiência da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) na Unidade de Acolhimento transitório (UA) da Rede de atenção Psicossocial de Saúde Mental, onde

a descrição de princípios norteadores da experiência de Acolhimento da PBH entende que o acolhimento não é uma etapa ou função do trabalho de um profissional da saúde pois se trata de uma posição e de uma orientação do cuidar. O acolhimento é a aplicação cotidiana de um princípio fundamental, seja ao pedir uma informação importante, seja ao pedir a informação mais corriqueira, seja ao trazer a mais fantasiosa expectativa, o usuário, quando nos traz o seu problema, é um cidadão que exerce o direito de dirigir-se a um trabalhador de um serviço público (ESP-MG, 2019).

Discuta com seu grupo de trabalho a criação de um projeto de intervenção que possa promover a discussão e ampliação da compreensão sobre: **como vem acontecendo o acolhimento e escuta** entre os trabalhadores que atuam no sistema prisional junto às pessoas com sofrimento mental privados de liberdade, e o que pode ser feito para qualificação do cuidado.

!
IMPORTANTE

Conceitos da saúde mental:

Suicídio – morte autoprovocada, com evidências (implícitas ou explícitas) de que a pessoa tinha intenção de morrer.

Ideação suicida – pensamento relacionado à intenção de cometer suicídio. Varia em gravidade, desde a simples vontade de desaparecer até a formulação de um plano de suicídio concreto.

Intenção suicida – desejo e expectativa subjetiva de que um ato autodestrutivo resulte em morte.

Comportamento suicida – conjunto de ações tomadas pelo indivíduo com a finalidade de terminar a própria vida. Deve-se sempre avaliar a letalidade do comportamento suicida, isto é, o quanto essas ações são realmente capazes de tirar a vida do indivíduo.

Tentativa de suicídio – ato de consequências não fatais praticado por um indivíduo, acompanhado de evidências (implícitas ou explícitas) de que a pessoa tinha a intenção de morrer.

Risco de suicídio – probabilidade de um indivíduo com fatores de risco para suicídio efetivamente cometê-lo. Pode-se sempre estimar o risco de suicídio com base em uma boa entrevista com o paciente (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2002; CHIAVERINI, 2011).

Manejo do Comportamento Suicida no SUS



Fonte: CHIAVERINI, 2011.

Referências

ARENA, Carmen Suzana Correa; BARBOSA, Cícera Márcia Lúcio. A trajetória da loucura, revisando o passado das pessoas excluídas por uma sociedade. **Rede Humaniza SUS**. 2019. Disponível em: < <https://redehumanizasus.net/a-trajetoria-da-loucura-revisando-o-passado-das-pessoas-excluidas-por-uma-sociedade/>>. Acesso em: 8 dez. 2021.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-2531>>. Acesso em: 10 dez. 2021..

BERLINCK, ManoelTosta.; MAGTAZ, Ana Cecília.; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v.11, n.1, p.21-28, Mar. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/3wsBnYKDJF5jvnRQkmmj4s/?lang=pt>>. Acesso em: 9 dez. 2021.

BERNARDO, André. Saúde mental: a evolução dos tratamentos psiquiátricos no Brasil. **Veja Saúde**. *Mente Saudável*. Disponível em:< <https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/saude-mental-a-evolucao-dos-tratamentos-psiquiatricos-no-brasil/>>. Acesso em: 8. dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial Eletrônico. Brasília, DF, . 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 10.708 de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm>. Acesso em: 9 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 13 jul. 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm> Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 9 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 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). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 5 jan. 2014a. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp/saude-mental>>. Acesso em: 7 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.511** de 24 de julho de 2013. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1511_24_07_2013.html>. Acesso em: 9 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019 Disponível em: < <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf>. Acesso em: 08 dez.2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.95p. Disponível em: <<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Programa de Volta Para Casa**. 2013. Disponível em: <http://bvsm.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1777 de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. 2003; Seção 1, 39-43. BRASIL. **Portaria Interministerial Federal Nº 628** de 02 de Abril de 2002. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário MS/MJ. 2002. Brasília, DF. Disponível em: <<https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-interministerial-628>>. Acesso em 07 set. 2020.

CHIAVERINI, Dulce Helena. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

CORDIOLI, Aristides Volpato. et al. **Psicofármacos**: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2011.841 p.

CUNHA, Gustavo. Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 211p.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio. Marcos Históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**. São Paulo: v.6, n.1, p.60-79, 2007.

DIÓGENES, Juliana. Há 159 ‘manicômios’ no País, sem previsão de fim. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 11 set. 2016. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ha-159-manicomios-no-pais-sem-previsao-de-fim,10000093796>> . Acesso em: 17 abr. 2019.

EQUIPE PSICANÁLISE E CLÍNICA. **Psicose, Neurose e Perversão**: estruturas psicanalíticas. 2017. Disponível em: <<https://www.psicanaliseclinica.com/psicose-neurose-e-perversao/>> Acesso em: 13 set. 2020.

GOFFMAN Erving. **O presídio como instituição total**. Evinis Talon, 2016. (16 min.). Disponível em: <<https://youtu.be/ZVWD2jvsm1o>>. Acesso em: 18 nov. 2021.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS-ESP-MG.**Roteiro para a escrita textual**. Curso de Qualificação em Saúde para Trabalhadores do Sistema Prisional de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019.

FERREIRA, Marcelo Santana. Polissemia do conceito de instituição: diálogos entre Goffman e Foucault. In: **ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n.1, 2012, p.74-86. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.ufr.br/ecos/article/view/826/658>> Acesso em: 08 dez. 2021.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. 608p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.348 p.

FRAZÃO, Dilva. **Biografia de Erving Goffman**. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/erving_goffman/>. Acesso em : 06 jun. 2020.

FRAZÃO, Dilva. **Biografia de Michel Foucault**. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/michel_foucault/>. Acesso 06 jul. 2020.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

HIRDES Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232009000100036&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 9 dez. 2021.

GRUPO AUTÊNTICA. **Obras incompletas de Sigmund Freud**. Disponível em: <<https://grupoautentica.com.br/autentica/colecoes/68>>. Acesso em: 10 dez. 2021

MARX, Karl. **O Capital**: Crítica da Economia Política, Livro primeiro, O processo de produção do capital. Volume II, 9. ed. Ed. Difel, 1867.

MERHY, Emrson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPJV; 2006. 308 p.

MERHY, Emrson . Elias.; FRANCO, Túlio. Batista. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil.; LIMA, Júlio César .França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p.427-32. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2021.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa.L.Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v.4, n.2, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 24 jul. 2020.

MINAS GERAIS. **Portaria Conjunta CNJ e TJMG N° 25, de 07 de dezembro de 2001**. Cria o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de sofrimento mental – PAI-PJ. 2001. Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/pc00252001.PDF>>. Acesso em: 08 dez. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2006. 238p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2021.

RAZÃO INADEQUADA. **Focault panoptico ou a visibilidade e uma armadilha**. 2014. Disponível em: < <https://razaoinadequada.com/2014/12/03/foucault-panoptico-ou-a-visibilidade-e-uma-armadilha/>. Acesso em: 08 dez. 2021.

ROCHA, Rodrigo Carvalho. **Dos Manicômios à Reforma Psiquiátrica**: uma revsão histórica dos movimentos da saúde mental. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia. Universidade Federal Fluminense, Polo Universitário de Volta Redonda. 2017. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/6924/Rodrigo%20Carvalho%20Rocha%20-%20TCC.pdf;jsessionid=1084B22C0BC2AF173FD50485CBF847DF?sequence=2>>. Acesso em: 8 dez. 2021.

RODRIGUES, Adriano Carvalho Tupinambá. Karl Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, VIII, 4, p. 754-768, 2005.

STAHL, Stephen. M. **Psicofarmacologia**: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas. 4. ed. [Reimp.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 568 p.

TEIXEIRA, Manoel. **Pinel e o nascimento do alienismo**. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2019. v. 19, n. 2. p. 540-560. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/335213866>>. Acesso em: 8 dez. 2021.

VALENTE, . Hugo Silva. **Conceitos Fundamentais de Psicopatologia Freudiana**, Dissertação. (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de São João Del Rei, 2013. Disponível em: < <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/HUGO%20SILVA%20VALENTE.pdf> > . Acesso em: 12 set. 2020.



CAPÍTULO IV

Doenças infectocontagiosas no ambiente prisional

Doenças infectocontagiosas no ambiente prisional

— Ana Flávia Quintão

— Bruna Tourinho

— Eduardo Gusmão

— Hellen Mallet

— Janaína Almeida Souza

— Marcelo Santos Silva

Introdução

Neste módulo, o Curso de Qualificação em Saúde para Trabalhadores do Sistema Prisional de Minas Gerais discute o processo saúde-doença e sua interação com o ambiente, a partir de conceitos amplos e aplicáveis ao cotidiano de uma unidade prisional.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito universal e igualitário, sem desconsiderar análise da vulnerabilidade de indivíduos e/ou grupos sociais, para o estabelecimento de prioridades (BRASIL, 2008). Tal garantia implica em respostas das políticas públicas como a assistência à saúde, além daquelas que promovam um meio ambiente⁸ equilibrado, o que também implica no acesso a saneamento básico e à moradia, na qualidade do ar, dentre outros fatores condizentes com uma vida digna. Essa perspectiva do alcance do direito à saúde em sua dimensão física, mental e social deve ser refletida frente às condições de vida e de trabalho do ambiente prisional, buscando explicar e intervir sobre os problemas que fazem parte da situação de saúde da população que convive e/ou vive em tal território.

Para compreendermos a relação entre a saúde e o meio ambiente prisional são apresentados neste módulo os serviços e práticas conhecidos como Vigilância em Saúde. Essa forma de cuidado inclui conhecer a situação de saúde (exposição a tipos de danos à saúde e fatores de risco, casos de doenças e óbitos) das pessoas associadas a um território, orientar quanto a comporta-

8 Entende-se por meio ambiente um lugar onde o homem, os elementos naturais e outros seres vivos interagem-se e relacionam-se de forma dinâmica, onde cada um e o todo são constantemente influenciados pelas interações e relações estabelecidas, sem existência independente e isolada (RIBEIRO; CAVASSAN, 2013; NAVARRO, 2015)

mentos e hábitos saudáveis e realizar ações para o controle das doenças infectocontagiosas e/ou crônicas, em prol da promoção da saúde e da prevenção de adoecimentos e mortes evitáveis, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

São apresentadas, em maiores detalhes, algumas doenças infectocontagiosas comuns no ambiente prisional, permitindo ao leitor a compreensão sobre suas formas de transmissão, de prevenção, de diagnóstico precoce e de tratamento.

Assim, o estudo deste módulo aborda questões fundamentais para a promoção e proteção da saúde no ambiente prisional, possibilitando:

- Compreender e assimilar os conceitos do processo saúde-doença e sua relação com o ambiente;
- Conhecer o conceito, o histórico e os objetivos da Vigilância em Saúde;
- Identificar os riscos para a saúde presentes no território do ambiente prisional e seu entorno;
- Sensibilizar as equipes para o mapeamento dos riscos na prisão e seu entorno;
- Conhecer as principais doenças infectocontagiosas comuns no ambiente prisional;
- Desenvolver habilidades para a organização dos processos de trabalho relacionados ao processo saúde-doença no território.

Desejamos a todos um excelente módulo!

Modelos explicativos do processo saúde-doença

Desde a antiguidade o homem tenta compreender fenômenos naturais que ocorrem em seu cotidiano de vida, incluindo os motivos que levam à saúde, adoecimento ou morte. Diversas teorias foram propostas para explicar o processo saúde-doença, como a mágica, a religião, a importância do equilíbrio dos humores (sangue/ar-primavera, muco/água-inverno, bílis amarela/fogo-verão, bílis negra/terra-outono), a característica contagiosa dos astros e dos miasmas - gases decorrentes da putrefação da matéria orgânica (REZENDE, 2009; CRUZ, 2011). Nesse processo histórico de desenvolvimento das teorias, o próprio conceito de saúde sofreu várias mudanças e por muito tempo foi entendido de forma simplista como um estado de ausência de doenças.

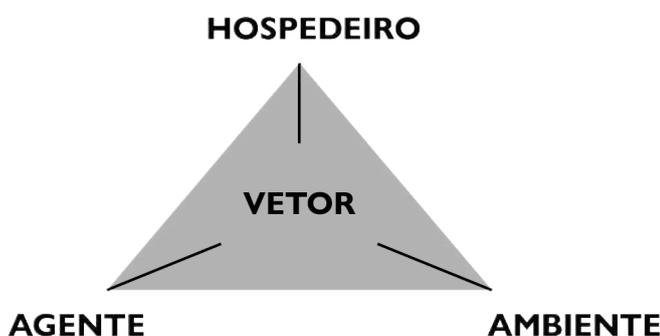
Ao longo do tempo, diversos fatos ocorreram, permitindo a melhor compreensão do processo saúde-doença. Podemos destacar a valorização do saber científico a partir do Renascimento (século XIV a XVI), a invenção do microscópio que permitiu a visualização de seres não visíveis a olho nu, anos depois caracterizados como microrganismos responsáveis pela grande mortalidade na época por doenças infectocontagiosas, como a peste bubônica, varíola, cólera, tuberculose, dentre outras.

Essas e outras descobertas permitiram uma série de avanços na medicina, como o desenvolvimento das vacinas e dos antibióticos que levaram ao aumento da longevidade e, por conseguinte, a percepção da relevância das doenças crônico-degenerativas em uma população que envelhecia. Os avanços técnico-científicos no campo da saúde apoiaram uma explicação mais detalhada do processo saúde-doença, esclarecendo que o mesmo não era afetado por causas únicas e lineares (diretas), mas sim por uma rede de causas que podiam estar associadas. Dessa forma, entende-se que indivíduos ou grupos em uma população são ou podem estar susceptí-

veis a agravos⁹(danos), riscos¹⁰, doenças e/ou óbitos.

O modelo multicausal conhecido como tríade epidemiológica¹¹ (Figura 1) propõe que as doenças ocorram devido às interações entre um hospedeiro (ex: o homem), um agente (ex: uma bactéria) e o ambiente (ex: umidade, aglomerações). Algumas doenças possuem ainda um vetor (ex: mosquitos, carrapatos), responsável pelo transporte de um agente infeccioso.

Figura 1: A tríade epidemiológica das doenças



Fonte: GORDIS, 2009:19

A tuberculose, por exemplo, é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (agente), que afeta o homem e outros animais (hospedeiro) e é transmitida pelo ar (ambiente), quando indivíduos doentes eliminam bacilos ao tossir ou falar (BRASIL, 2019a). Algumas condições podem ainda favorecer o adoecimento, como as características individuais do hospedeiro (idade, desnutrição, presença de outras doenças) e do ambiente (pouca ventilação, superlotação). Assim, o modelo multicausal permite entender que a doença não é apenas causada pelo agente, mas sim por um somatório de condições que favorecem o adoecimento.

A explicação da saúde-doença como um processo (tríade epidemiológica), ficou conhecida como História Natural das Doenças (HND), permitindo compreender melhor mecanismos biomédicos do adoecimento. Assim, identificaram-se também ações de saúde necessárias como medidas preventivas - mudanças de comportamento/condições do ambiente e/ou aplicação de vacinas; ações de diagnóstico precoce- exames laboratoriais ou de imagem e tratamento clínico-cirúrgico multiprofissional (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

9 Entende-se por agravo qualquer tipo de dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por doenças, condições de vida ou circunstâncias nocivas que impliquem em acidentes, intoxicações, abuso de drogas, lesões auto ou heteroinfligidas, dentre outras (GOMES, 2015).

10 Entende-se por risco a exposição a fatores que comprovadamente fazem parte da linha causal de uma doença ou estão associados ao adoecimento, como: uso de tabaco e câncer de pulmão; exposição ao Zika vírus na gestação e microcefalia do recém-nascido; ingestão de água contaminada por metal pesado e intoxicação aguda ou crônica etc.

11 A Epidemiologia estuda a distribuição das doenças nas populações e os fatores que influenciam ou determinam esta distribuição (GORDIS, 2010: 3).



Poderá ser realizada individualmente ou em grupos de quatro a cinco pessoas. Cada grupo deverá selecionar um aluno para ser o relator da atividade, responsável pela apresentação dos resultados. Considerando o modelo da tríade epidemiológica da tuberculose, o grupo deverá analisar as situações descritas na segunda coluna e classificá-las, atribuindo a letra do item da primeira coluna que melhor se adequar à situação.

* Consultar as Referências



A **História Natural da Doença (HND)** é o “conjunto de processos interativos que cria o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte” (LEAVELL; CLARK, 1976: 46)

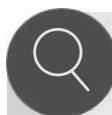
A partir da HND da dengue, por exemplo, identificaram-se suas formas de manifestação (dengue, dengue com sinais de alarme, dengue grave), suas fases (febril, crítica e recuperação) e que ela é causada por vírus (**agente**) transmitido ao homem (**hospedeiro**) por um **vetor** (mosquito *Aedes aegypti*). Para sua prevenção, recomenda-se, a eliminação de **ambientes** favoráveis à reprodução do vetor, como água parada, lixo descartado incorretamente, dentre outras medidas como eliminação de ovos e larvas do mosquito e, por fim, o tratamento do caso (BRASIL, 2019b).

Entendendo que o processo saúde-doença é dinâmico e multifatorial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, assumindo uma visão ampliada de saúde, que vigora até os dias atuais (OMS, 1946). A definição de saúde presente na Lei nº 8080/90 (conhecida como Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde - SUS) considera esse entendimento da saúde para além da ausência de doenças ao afirmar que o processo saúde-doença não encontra respostas apenas nas políticas de saúde, já que o mesmo é também determinado e/ou condicionado pelas condições de vida dos indivíduos e grupos sociais:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990a).

Dessa forma, percebemos que o processo saúde-doença é complexo, composto por várias dimensões (biológica, psicológica, sociocultural, econômica, ambiental, política) e pela interação entre elas. Assim, tal processo não diz respeito apenas ao indivíduo, mas também a grupos sociais, pois se relaciona a características específicas das pessoas, suas condições de vida e/ou meio ambiente¹, o que justifica o olhar amplo e investigativo da Saúde Pública sobre o que é e de quem é determinado problema de saúde, onde e quando ocorre, visto que sua manifestação sempre afeta, de alguma forma, indivíduos, famílias, grupos e a comunidade em geral (CRUZ, 2011).

A partir desse conteúdo discutido, entende-se que os fatores causais do processo saúde-doença não seguem uma normalidade ou se dá de forma igualitária entre indivíduos e grupos sociais, pois a susceptibilidade a agravos², riscos³, doenças e/ou óbitos também considera a situação de vulnerabilidade dos sujeitos ou coletivo, ou seja, condições de trabalho, segurança, educação, habitação, transporte, acesso à atenção em saúde e a um meio ambiente¹ equilibrado.



SAIBA MAIS

Para conhecer e refletir sobre o modelo explicativo do processo saúde-doença, assista:

“A história das coisas” de Ann Leonard

https://www.youtube.com/watch?v=3c88_Z0FF4k

“Ilha das flores” de Jorge Furtado

<https://www.youtube.com/watch?v=RRady6kla34>

Na prática, os desafios e possibilidades de atuação no processo saúde-doença são inúmeros. Diante disso, no intuito de garantir o acesso integral e universal à saúde para toda a população, dentro do escopo organizacional do SUS, as ações e práticas de Vigilância em Saúde tem o objetivo de conhecer, promover e proteger a saúde da população. Isso inclui atuar sobre problemas de saúde muitas vezes não percebidos ou sentidos pelas pessoas, mas que caso não recebam intervenção podem provocar graves consequências para a saúde pública.

No âmbito do Sistema Prisional, a prática da Vigilância em Saúde se justifica, considerando a vulnerabilidade da População Privada de Liberdade (PPL) e dos trabalhadores deste território, frequentemente expostos a agravos² e riscos³ relacionados a condições físicas precárias, tipo do regime de trabalho, violência, carência de assistência à saúde e outros desafios (BRASIL, 2004). Sabemos por exemplo que a PPL pode apresentar prevalência do HIV até 15 vezes maior (OMS, 2020a) e a taxa de detecção de tuberculose até 30 vezes superior à população geral (SÀNCHEZ, 2016).

Relação entre saúde e ambiente

Após entendermos que o processo saúde-doença é multifatorial, vamos refletir sobre a relação do ambiente e da sociedade neste processo. O ambiente influencia diretamente as condições de saúde dos indivíduos e/ou da sociedade, pelos fatores biológicos (organismos vivos como vírus, bactérias) e não biológicos (contaminantes ambientais, poluição do ar, contaminação do solo e da água, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos). Alguns exemplos da interação entre saúde e ambiente são facilmente identificados em nosso cotidiano:

- Indivíduos que residem, trabalham ou transitam nas regiões metropolitanas, industriais, áreas de mineração e de queima de biomassa são frequentemente expostos à poluição atmosférica, que pode levar ao adoecimento (doenças respiratórias, câncer), ao agravamento de doenças pré-existentes e à diminuição da qualidade de vida (BRASIL, 2020a).
- Emergências causadas por riscos naturais (como o rompimento de barragens em Minas Gerais), levam à deterioração ambiental e ao aumento de casos de doença diarreica devido à água contaminada (OMS, 2020b).

- As populações que apresentam vulnerabilidades sociais (baixa renda, sem tetos, minorias étnicas, dentre outras) estão mais expostas aos danos² e riscos³ ambientais, uma vez que residem em áreas propícias a enchentes, desmoronamentos, escassez de água e/ou afetadas pela destruição de ecossistemas¹², resíduos industriais, lixo - doméstico, público, orgânico e esgotos a céu aberto, dentre outras mazelas ambientais etc. Esse tipo de desigualdade é conhecido como “injustiça ambiental” ou “racismo ambiental”, onde pessoas ou grupos arcam de forma desproporcional com as consequências ambientais negativas (BULLARD, 2000; PAES e SILVA, 2012:88, 90).
- O uso de agrotóxicos e fertilizantes na agricultura produzem danos ambientais (desmatamento, contaminação do solo e da água) e à saúde dos trabalhadores, famílias rurais e consumidores (contaminações, intoxicações, câncer, morte). Os danos geram custos para a sociedade e para o sistema público de saúde, mas não são contabilizados no produto final comercializado (SOARES; PORTO, 2007).
- O ser humano se relaciona de forma autoritária com o ambiente, explorando seus bens naturais, gerando desequilíbrio ambiental e alteração de ecossistemas⁵ (LIMA, 2010). Como consequência, os agentes e vetores que circulam na natureza modificam e expandem seu ciclo de vida ao homem, no qual causam doenças conhecidas como zoonoses.
- A exploração de recursos florestais de áreas protegidas (madeira, plantações, pastagens, mineração) é frequente no Brasil e favorece a formação de grupos criminosos, o tráfico de armas e animais, o trabalho escravo, a violação de direitos humanos, a violência e mortes por conflitos pela posse de terra e desastres ambientais (CELENTANO et al, 2018).
- O meio ambiente pode ser fator protetor ou de agravo à saúde mental. As mudanças climáticas e padrões climáticos extremos e voláteis, por exemplo, afetam a saúde física e mental (ONU, 2019).



ATIVIDADE

Poderá ser realizada individualmente ou em grupos de quatro a cinco pessoas.

Cada grupo deverá selecionar um aluno para ser o relator da atividade.

O grupo deverá:

Fazer uma breve descrição de como é o seu ambiente de trabalho considerando as seguintes condições ambientais: adequação do espaço para o número de trabalhadores e detentos, luminosidade, água potável, rede de esgoto, temperatura, condições de limpeza e presença de animais.

Identificar e listar condições ambientais que podem ser consideradas de risco para a ocorrência de doenças no ambiente prisional.

O relator deverá apresentar os resultados, para serem discutidos com toda a turma.

* Consultar as Referências

12 Ecossistema pode ser entendido como um sistema dinâmico, geograficamente delimitado (território), onde a comunidade natural (organismos, incluindo seres humanos) e o ambiente (condições biológicas, químicas, físicas e/ou sociais que envolvem os seres vivos) se interagem (RODRIGUEZ; FRANCO, 2011).

Fundamentos da Vigilância em Saúde

Na perspectiva da complexidade do processo saúde-doença e sua estreita relação com o ambiente, abordaremos a Vigilância em Saúde, que tem como objetivos conhecer, promover e proteger a saúde da população, mediante políticas implementadas conforme previsto pela Constituição Federal (BRASIL, 2008). Tais ações se concretizam em práticas que buscam antever, evitar, controlar e/ou bloquear agravos² e riscos³ que comprometam a saúde do coletivo, o que demanda um olhar vigilante e um entendimento ampliado da saúde, seja na dimensão física, mental e/ou socioambiental de indivíduos e grupos que vivem ou coexistem em um território.

O que entendemos hoje como Vigilância em Saúde foi construído ao longo da História, com o desenvolvimento de conhecimentos, ações e intervenções para a garantia da saúde da população. Exemplos importantes de ações de vigilância encontram-se a seguir:

- As quarentenas, praticadas desde a Idade Média durante a epidemia da Peste Negra;
- As primeiras vestimentas que protegem das infecções (Figura 2) foram desenvolvidas por Charles Delorme na França no século XVII. O traje era feito de couro grosso, com capuz, botas, luvas, calças e máscara em forma de bico, protegendo contra a “miasmata” - vapores nocivos e infecciosos, segundo teoria de origem inglesa (O'DONNELL et al, 2020). Já a vara evitava o contato direto entre profissional de saúde e doente, protegendo contra partículas que levavam ao adoecimento, sendo esta uma teoria sobre a explicação do processo saúde-doença, publicada em um trabalho (Contagion) na França em 1546 (CZERESNIA, 1997).

Figura 2 - Um médico usando uma cobertura contra pragas do século 17.



Fonte: DURN, 2020 apud Ilustração da Coleção da Biblioteca Wellcome

- A produção da primeira vacina por Edward Jenner na Inglaterra no século XVIII, obtida do líquido (pus) de feridas de vacas com varíola e aplicada em arranhões provocados no braço de um menino saudável, conferindo imunidade contra a varíola (FIOCRUZ, 2020).
- A famosa experiência de John Snow, considerado pai da epidemiologia moderna, que descreveu e mapeou os casos e óbitos de cólera (sua distribuição segundo tempo, lugar e

pessoa) ocorridos nos bairros de Londres no século XIX, identificando a causalidade entre a doença e o uso da água contaminada de uma companhia de abastecimento (SNOW, 1999).



SAIBA MAIS

Histórico sobre uso de uniformes na área médica

https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v47/pt_0100-6991-rcbc-47-e20202597.pdf

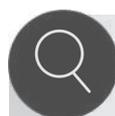
A história de John Snow

<https://www.youtube.com/watch?v=2d17r1QTguw&t=29s>

No Brasil, as ações de saúde pública e vigilância ganham destaque no início do século XX, com a criação de serviços e realização de campanhas pelo governo federal em caráter compulsório, fundamentadas em ações de caráter higienista¹³ e tendo por contexto a urbanização de cidades, como o Rio de Janeiro, com o deslocamento da população de baixa renda, a maioria descendente de escravos, de áreas centrais para a periferia e morros (SALGADO, 2018; WALDMAN, 2012).

Em 1904, ocorreu no Rio de Janeiro a Revolta da Vacina devido à obrigatoriedade da vacinação imposta de forma autoritária pelo governo, aliada ao desconhecimento da população sobre essa prática, entendida como mera inoculação de microrganismos, o que gerou boatos sobre a violação de corpos e efeitos decorrentes do seu uso (FIOCRUZ, 2005). Diante da divergência entre a percepção da população sobre a vacinação e os objetivos médicos e científicos que respaldavam esta ação, destaca-se a importância da qualidade da informação e da educação em saúde para maior compreensão sobre as ações de saúde pública, o que favorece a adequação entre a oferta do serviço e o que a população espera, bem como, a maior aceitabilidade por meio de vínculo entre os envolvidos (JESUS; ASSIS, 2010).

Ainda que tenhamos exemplos de não adesão às práticas de saúde, muito foi conquistado desde a Revolta da Vacina. Como exemplo, temos a percepção da população frente à pandemia da Covid-19 e o anseio para a produção e acesso à sua vacina. Essa percepção pode ser atribuída à implantação do Sistema Único de Saúde, desde 1988 e sua rede de serviços. A rede básica, considerada a “porta de entrada” do SUS, estruturada em Unidades Básicas que atuam nos territórios a partir de núcleos familiares cadastrados, identifica necessidades de saúde da comunidade, orienta sobre a prevenção de doenças e coloca em prática o conceito de saúde além da ausência de doenças, aproximando as ações de saúde e de vigilância da população.



SAIBA MAIS

Filme “**História da Saúde Pública no Brasil**”, disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=L7NzqtspLpc>

13 Higiene na Grécia antiga expressava o que era “são”, no século XVIII foi referida como cuidado, conservação e no século XIX foi abordada em manuais de higiene, visando mudanças de hábito e comportamento, o que se denominou como Movimento Higienista, envolvendo o setor saúde, mas também incluindo políticas de saneamento urbano (VIEIRA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014:3-5).

Organização atual dos serviços de Vigilância em Saúde

Os municípios passam a ter autonomia para organizar as ações de vigilância conforme necessidades de saúde de seus territórios, a partir da Norma Operacional Básica (NOB-SUS/96), implementada por meio de repasse de recurso federal - incentivos diversos e valor por indivíduo residente no território (BRASIL, 1999). Nesse momento, também se dava a expansão da atenção básica por meio do Programa Saúde da Família, com cadastramento de usuários (núcleo familiar) segundo unidades de saúde, favorecendo respostas preventivas e de tratamento mais condizentes aos problemas de saúde das comunidades locais.

A partir de 2003, com a criação da Secretaria da Vigilância em Saúde no âmbito do MS, as políticas formuladas buscam consolidar a articulação das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, com o direcionamento para a incorporação de ações de promoção da saúde, da saúde do trabalhador e da análise da situação de saúde, esta última enquanto meio de direcionar as ações da VS de forma assertiva, com pactuação de indicadores de resultados (NETTO et al, 2017). Faz-se constar que as ações da VS foram descritas e atribuídas a cada tipo de serviço do SUS (ambulatorial ou hospitalar), com a publicação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde- RENASES (BRASIL, 2012).

No escopo atual das Secretarias de Saúde, a Vigilância em Saúde encontra-se subdividida nas seguintes áreas (Quadro 1).

Quadro 1: Áreas e atribuições da Vigilância em Saúde

Área	Ações
Vigilância epidemiológica	Vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis e seus fatores de risco.
Vigilância ambiental	Vigilância dos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana e dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.
Vigilância sanitária	Vigilância e controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população.
Saúde do trabalhador	Vigilância e promoção da saúde dos trabalhadores e redução de riscos de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora

Fonte: BRASIL, 2008; BRASIL, 2018; FIOCRUZ, 2013.

Conceitos básicos de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

As ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental ocorrem a partir de fluxos e etapas que caracterizam o ciclo da vigilância, que será brevemente descrito abaixo.

As doenças, agravos e eventos de interesse à saúde pública estão presentes na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória (DANC). Diante da identificação de casos suspeitos ou confirmados de DANC deve-se notificá-lo às autoridades sanitárias (secretarias de saúde e órgãos equivalentes). A partir dessa notificação, uma série de ações de investigação, prevenção e controle serão realizadas, buscando intervir sobre agravos² e riscos³ aos quais indivíduos ou grupos estejam expostos, bem como, o controle de danos daqueles já acometidos.

Além disso, os casos notificados são registrados nos sistemas de informação oficiais do SUS, principalmente o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Cada agravo/doença possui sua própria ficha de notificação, onde constam dados epidemiológicos relevantes para a compreensão da doença como um todo - características sobre pessoa, tempo e lugar (BRASIL, 2020b).

As ações de Vigilância em Saúde incluem aquelas pertinentes ao poder de polícia da Vigilância Sanitária¹⁴, com a realização de inspeção, fiscalização e autuação (aplicação de multas, interdição etc), mas também preveem recebimento e atendimento de denúncias, além de educação em saúde para setor regulado e população, em prol de uma ação orientadora e de formação, não meramente punitiva (ASSIS, 2017).

Já as ações assistenciais da VS no SUS perpassam todos os serviços da rede pública e conveniada, podendo-se citar exemplos práticos como: registro de hábitos, comportamentos, doenças pregressas do paciente e familiares em prontuário médico; medidas para o controle de infecções hospitalares; notificação de DANC por unidades de saúde diversas; controle da dispensação de medicamentos e orientação do uso pela assistência farmacêutica; diagnóstico complementar por meio de exames laboratoriais e de imagem para conclusão sobre um caso suspeito de doença, dentre outros.

Assim, podemos concluir, de forma aplicada, que as ações de VS incluem rastreamento e mapeamento precoce dos casos de Diabetes ou de infecção por HIV em uma unidade prisional, por exemplo, acrescidos do saber sobre como se dão tais processos de saúde-doença (saber epidemiológico⁴), do apoio de exames complementares e dos respectivos tratamentos clínico-farmacêuticos indicados. Pressupõe-se ainda que a articulação de tais cuidados esteja fundamentada na capacidade de planejamento estratégico, comunicação e educação em saúde, com a participação de todos os envolvidos na situação.

Dessa forma, registra-se ou notifica-se o caso (inclusive o suspeito), investiga-se e se chega a um diagnóstico, o que leva a diferentes formas de cuidado em saúde, registrando-se o descarte do caso ou sua notificação negativa ou sua conclusão do caso (cura) ou a manutenção do seu

14 Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: A - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com

acompanhamento. Essa explicação reforça a importância do registro das informações em saúde e da respectiva análise, pois só assim se faz vigilância, identificando agravos², antevendo riscos³ e controlando os comprometimentos à saúde, antes de consequências mais graves.

Diante do exposto, constata-se uma demanda pela articulação de serviços em rede, onde a VS sempre se faz presente. Portanto, o olhar sobre a situação pode tudo ou nada revelar, depende de quem e como se olha, o que possibilita a contribuição de diferentes perspectivas que só enriquecem as explicações e as possibilidades de intervenção sobre problemas de saúde em um território.

Doenças infectocontagiosas comuns no ambiente carcerário

O ambiente prisional é caracterizado pelas fragilidades sociais da PPL, pelos espaços superlotados, ventilação deficiente, nutrição precária, violência, consumo de drogas e outras condições que tornam esta população vulnerável ao adoecimento e às doenças infecciosas (BRASIL, 2004; VALENÇA, 2016). Os dados da literatura sugerem que as doenças mais prevalentes no ambiente carcerário são a tuberculose, as hepatites, a infecção pelo HIV, além da ocorrência de surtos de doenças diarreicas, respiratórias e escabiose (PUGA et al, 2019; BRASIL, 2019b, SÁNCHEZ, 2020). Para entendermos um pouco mais sobre essas doenças, é necessário conhecermos alguns conceitos importantes, sistematizados no Quadro 2 (GORDIS, 2009; OPAS, 2010):

Quadro 2: Glossário básico de doenças infecciosas

- A transmissão das doenças infecciosas pode ocorrer de **forma direta** (de pessoa para pessoa), ou de **forma indireta** (por meio de um veículo comum como a água e alimentos).
- **Agente:** fator cuja presença é essencial para a ocorrência da doença. Nas doenças infecciosas, os agentes são de origem biológica (bactérias, vírus, fungos, protozoários, etc).
- **Hospedeiro:** pessoa ou animal vivo (aves, artrópodes) que permite a subsistência e o alojamento de um agente infeccioso (ex: homem infectado com bactérias).
- **Reservatório:** qualquer ser humano, animal, artrópode, planta, solo ou matéria inanimada, necessário para um agente infeccioso sobreviver, multiplicar-se, reproduzir-se e ser transmitido a um hospedeiro susceptível (ex. cão infectado com leishmaniose).
- **Fonte de infecção:** pessoa, animal, objeto ou substância de onde o agente infeccioso passa a um hospedeiro (ex: água contaminada com vírus).
- **Infecção:** é a entrada, o desenvolvimento ou multiplicação de um agente infeccioso no organismo de uma pessoa ou animal.
- **Infecção inaparente (ou latente):** presença de um agente infeccioso em um hospedeiro que não apresenta sinais ou sintomas clínicos, e é identificada por testes laboratoriais ou cutâneos.

- **Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST):** infecções causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, transmitidas pelo contato sexual (oral, vaginal, anal) com uma pessoa infectada, sem o uso de preservativos masculinos ou femininos (BRASIL, 2020c).
- **Busca ativa:** busca e identificação de indivíduos que apresentem sintomas compatíveis com doenças ou agravos sob ocorrência ou investigação em um determinado território.
- **Doenças negligenciadas:** doenças causadas por agentes infecciosos ou parasitas considerados endêmicos em populações de baixa renda, que possuem investimentos reduzidos em pesquisas, medicamentos e ações de controle. Exemplos: malária, leishmanioses, doença de Chagas, tuberculose, hanseníase e esquistossomose.
- **Surto:** é o aumento súbito e incomum no número de casos que possuem vínculo epidemiológico¹, em um espaço específico.
- **Endemia:** doença que ocorre de forma habitual em determinada área geográfica.
- **Epidemia:** é a ocorrência de casos de doença ou outros eventos de saúde além da quantidade esperada para uma área geográfica e períodos determinados.
- **Pandemia:** Epidemia de dimensões mundiais.

Fonte: Elaboração própria

O quadro a seguir traz informações básicas sobre as doenças infectocontagiosas comuns no ambiente prisional, que poderão auxiliar os trabalhadores frente à ocorrência das mesmas, devendo ser discutidas entre as equipes para se planejar e organizar ações de vigilância em saúde (promoção, proteção, diagnóstico precoce e controle de danos) voltadas aos trabalhadores de diferentes categorias e aos privados de liberdade.

Quadro 3: Informações sobre as doenças infectocontagiosas frequentes no ambiente prisional.

Doença, agente e forma de transmissão	Diagnóstico	Tratamento	Orientações para trabalhadores do ambiente prisional
<p>Tuberculose (TB)^a</p> <p>Agente: <i>Mycobacterium tuberculosis</i></p> <p>Transmissão: Pessoa a pessoa (vias aéreas, tosse, espirro ou fala)</p>	<p>Identificação da micobactéria no escarro dos pacientes (baciloscopia), ou crescimento da micobactéria (cultura), ou detecção de material genético da micobactéria (teste rápido)^b.</p>	<p>Antimicrobianos por no mínimo seis meses^c.</p> <p>Recomenda-se o tratamento diretamente observado (TDO), que consiste na tomada diária do medicamento, supervisionada por profissional de saúde, o que evita o abandono do tratamento.</p>	<p>Colaborar nas ações de vigilância, prevenção e controle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca ativa e identificação e de sintomáticos respiratórios (SR) (pessoas com tosse de qualquer duração) e de casos suspeitos de TB (tosse de qualquer duração, acompanhada ou não de outros sintomas); • Rastreamento de massa (identificação de SR em toda a PPL) duas vezes ao ano; • Tratamento e acompanhamento dos casos nos serviços de saúde; • Identificação e investigação de contatos de caso de TB; • Isolamento de casos de TB identificados no momento do ingresso (ambiente separado por 15 dias); • Comunicação do livramento de indivíduos com TB à Vigilância Epidemiológica do município; • Realização de exames admissionais e periódicos nos profissionais que atuam na PPL; • Promoção de informação, educação e comunicação para o controle da TB nas prisões (grupos de informações e de adesão ao tratamento, mobilização de ex-pacientes para atuarem como multiplicadores, promotores de saúde, etc).
<p>Hanseníase^a</p> <p>Agente: <i>Mycobacterium leprae</i></p> <p>Transmissão: Pessoa a pessoa (vias aéreas)^b</p>	<p>Avaliação clínica: história e condições de vida; presença de manchas, dormência e alterações na pele; identificação de bacilos no raspado de pele (baciloscopia)^b</p>	<p>Antimicrobianos, por no mínimo seis meses^c.</p>	<p>Colaborar nas ações de vigilância, prevenção e controle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca ativa de casos (identificação de indivíduos com alterações dermatológicas, como manchas e perda de sensibilidade); • Tratamento e acompanhamento dos casos nos serviços de saúde; • Identificação e investigação de contatos de caso de hanseníase; • Realização de inquéritos, campanhas, exames periódicos e mobilização sobre a hanseníase.

Doença, agente e forma de transmissão	Diagnóstico	Tratamento	Orientações para trabalhadores do ambiente prisional
<p>Infecção pelo HIV e aids^a</p> <p>Agente: Vírus da imunodeficiência humana (HIV).</p> <p>Transmissão: Via sexual (esperma e secreção vaginal), pelo sangue (gestação, parto, transfusões, compartilhamento de seringas) e pelo leite materno.</p>	<p>Infecção pelo HIV: detecção/quantificação do material genético do vírus, detecção de células de defesa (anticorpos) produzidas contra o vírus^b.</p> <p>Caso de aids: infecção pelo HIV associada a pelo menos uma doença indicativa de aids.</p>	<p>Medicamentos antirretrovirais (reduzem a carga viral, reconstituem o sistema imunológico, melhoram a qualidade de vida e prolongam a sobrevida^c).</p> <p>A infecção pelo HIV não tem cura.</p>	<p>Atenção: Devido às vulnerabilidades da PPL, os níveis de infecção por HIV (e outras IST) são mais altos no ambiente prisional do que fora dele. A TB é a doença que mais leva as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) a óbito. Por isso, deve-se colaborar com as ações de vigilância, prevenção e controle do HIV e das doenças infecciosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento e acompanhamento dos casos nos serviços de saúde; • Estratégias combinadas de prevenção: intervenções biomédicas (uso de preservativos, tratamento para o HIV e IST, uso preventivo de medicamentos, testagem regular), comportamentais (informação, comunicação, educação, incentivo às mudanças de comportamento) e estruturais (enfrentamento ao estigma, discriminação, homofobia).
<p>Hepatites virais^a</p> <p>Agentes: vírus das hepatites A, B, C, D e E.</p> <p>Transmissão: Hepatites A e E: transmissão fecal-oral (relação sexual boca-ânus desprotegida, água ou alimentos contaminados). Hepatites B, C e D: sangue (transfusões, compartilhamento de agulhas, alicates, lâminas), via sexual (esperma e secreção vaginal) ou vertical (parto).</p>	<p>Avaliação clínica, história de compartilhamento de objetos de uso pessoal, prática sexual não segura, condições sanitárias e de higiene inadequadas.</p> <p>Deteção de células de defesa (anticorpos) produzidas contra os vírus ou de partes do vírus (antígenos) ou de seu material genético^c.</p>	<p>Não há tratamento específico (exceto casos graves de hepatite B e C)^c.</p>	<p>Colaborar e estimular as ações de vigilância, prevenção e controle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatites B, C e D: não compartilhamento de objetos de uso pessoal (lâminas, agulhas, seringas e cachimbos entre usuários de drogas) e utilização de preservativos nas práticas sexuais; • Vacinação contra as hepatites A e B^c; • Os surtos de hepatite são frequentes no ambiente prisional e demandam uma série de ações (investigação de casos, identificação de exposição às fontes comuns e forma de transmissão, atuação a vigilância sanitária, laboratório e outras instituições, etc).

Doença, agente e forma de transmissão	Diagnóstico	Tratamento	Orientações para trabalhadores do ambiente prisional
<p>Sífilis^a</p> <p>Agente: <i>Treponema pallidum</i></p> <p>Transmissão: Via sexual, vertical (durante a gestação ou parto), ou sanguínea (transfusões de sangue ou derivados).</p>	<p>Identificação do agente das lesões causadas pela doença; detecção de células de defesa (anticorpos) produzidas contra o agente; detecção de células danificadas pelo agente.^b</p>	<p>Antibiótico (penicilina G benzatina)^c.</p>	<p>Atenção: O Brasil vive atualmente um cenário de epidemia de sífilis! Colaborar e estimular as ações de vigilância, prevenção e controle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testagem para as IST's; • Tratamento e acompanhamento dos casos nos serviços de saúde; • Rastreamento de casos e identificação de cadeias de transmissão da doença; • Acompanhamento de gestantes no pré-natal (evitando a sífilis congênita); • Informação e educação em saúde; • Disponibilização de preservativos.
<p>Escabiose (sarna)</p> <p>Agente: <i>Sarcoptes scabiei</i></p> <p>Transmissão: Contato direto, roupas de cama e relações sexuais</p>	<p>Avaliação clínica: lesões na pele, coceira intensa, presença de infecções e descamação intensa (sarna crostosa).</p>	<p>Antiparasitários^c.</p>	<p>A ocorrência de surtos de escabiose é comum no ambiente prisional. Deve-se colaborar e estimular as ações de prevenção e controle, que são desafiadoras para o ambiente prisional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação e tratamento de casos, troca e lavagem (com água quente) de roupas de uso pessoal, cama e banho, e evitando o contato direto do doente com outras pessoas.
<p>Doença causada pelo Coronavírus 2019^a (Covid-19).</p> <p>Agente: Novo Coronavírus (SARS-CoV-2).</p> <p>Transmissão: Pessoa a pessoa (saliva, espirro, tosse, catarro) ou por objetos e superfícies contaminadas (celulares, talheres, mesas, maçanetas, etc).</p>	<p>Deteção ou quantificação do material genético do vírus, detecção de células de defesa (anticorpos) produzidas contra o vírus; ou diagnóstico clínico-epidemiológico (indivíduo suspeito que apresentou contato com caso de Covid-19 com confirmação laboratorial)^b.</p>	<p>Não existe vacina, medicamentos ou terapias específicas para a Covid-19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavagem frequente de mãos (água, sabão e higienização com álcool 70%), etiqueta respiratória, higienização de objetos, isolamento/distanciamento social, uso de máscaras e EPI's, etc. • Orientações específicas para o ambiente prisional: suspensão de visitas, definição de serviços essenciais, triagem na entrada das unidades prisionais, celas/alias exclusivas para isolamento de presos sintomáticos, separação de maiores de 60 anos e pessoas de grupo de risco, distanciamento (1,5 metro).

Legenda: a- doença de notificação compulsória (informar ao serviço público de saúde municipal); b- testes laboratoriais disponíveis na rede pública de saúde; c- tratamentos disponíveis na rede pública de saúde.

Fonte: BADRI et al, 1991; BRASIL, 2002b; 2019b; 2020c; 2020d; 2020e.

**Projeto prisões livres de TB:**

<https://www.prisoeslivresdetb.com.br/>

Formas de prevenção ao HIV, às IST's e às hepatites virais:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>

Recomendações para Prevenção e Cuidado da Covid-19 no Sistema Prisional Brasileiro:

<https://www.gov.br/depen/pt-br/ManualCOVID19DEPEN1edicao.pdf>

Recomendações para a continuidade assistencial, manutenção de ações de controle da TB e HIV/aids e redução da transmissão do Covid-19 na PPL na pandemia da Covid-19:

http://depen.gov.br/DEPEN/Manual_recomendaes_HIV_e_COVID19_FINALALTERADO27.051.pdf

Covid-19 e população privada de liberdade:

http://www.profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/cartilha_sistema_prisional.pdf

Informações sobre a epidemia do Covid-19 nos sistemas penitenciários e socioeducativos:

<https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/>

A Vigilância Ambiental, associada ao conceito de ecossistema⁵, relaciona-se com a promoção de um meio ambiente em equilíbrio entre os seres vivos e as condições biológicas, físicas, químicas e sociais que os envolvem. Assim, nessa percepção ampliada da saúde, ações de vigilância no meio ambiente prisional podem atuar em prol de relações interpessoais saudáveis, adequação dos espaços de trabalho e moradia, qualidade da água de consumo, descarte correto de lixo, controle de animais causadores de acidentes ou hospedeiros e/ou vetores de doenças (escorpiões, aranhas, mosquitos, carrapatos, pulgas, gatos, ratos, aves etc).

No âmbito da Vigilância Ambiental, as ações mais comumente conhecidas nos serviços de saúde são relacionadas às zoonoses, doenças e agravos que ocorrem entre animais vertebrados e o homem, podendo incluir vetores em sua transmissão. As ações de vigilância e controle das zoonoses ocorrem nas populações animais, reduzindo os riscos de transmissão à população humana e envolvendo análises de risco ambiental e epidemiológico. Algumas zoonoses podem ocorrer no ambiente prisional, e alguns exemplos de ações encontram-se no Quadro 4:

Quadro 4: Exemplos de zoonoses e suas ações de vigilância, prevenção e controle

Zoonose	Exemplos de ações de vigilância, prevenção e controle
Controle de roedores/ Leptospirose	Identificação e caracterização de áreas propícias à infestação de roedores.
	Notificação e investigação de casos humanos.
	Manejo integrado para controle de roedores: modificações ambientais - medidas preventivas (ou antirratização), uso de rodenticidas - venenos (ou desratização) e educação em saúde.
Programa de controle da febre maculosa	Identificação e caracterização do local provável de infecção (reservatórios, vetores e hospedeiros).
	Sensibilização de profissionais da rede assistencial, estimulando a suspeição e tratamento precoce de casos.
	Notificação e investigação de casos humanos.
	Comunicação e alertas sobre risco ambiental estimulando o uso de equipamentos de proteção individual.
	Uso de carrapaticidas em animais e estratégias para o controle dos reservatórios silvestres.
Programa de controle de animais peçonhentos (escorpiões)	Notificação de acidentes.
	Identificação e caracterização das áreas propícias à ocorrência e proliferação de animais peçonhentos.
	Orientação e educação em saúde.
Programa de controle da raiva	Diagnóstico laboratorial da raiva humana e animal.
	Recolhimento e identificação de quirópteros (morcegos).
	Vacinação animal.
	Bloqueio de foco de raiva (vacinação de cães e gatos).
Controle de outros vetores	Vistoria, orientações e ações de educação para a alteração do ambiente local, evitando a proliferação de vetores (caramujos, barbeiros, carrapatos, pulgas, piolhos de pombos).
Programa de controle do <i>Aedes aegypti</i> (Dengue)	<p>Vistorias em imóveis para orientação e controle de focos do mosquito.</p> <p>Monitoramento entomológico (Levantamento Rápido de Índice Larvário/LIRAA e armadilhas de ovoposição).</p> <p>Notificação e investigação de casos humanos.</p> <p>Controle químico do vetor (eliminação do mosquito adulto e em fase de larva).</p> <p>Manejo ambiental para redução do risco.</p>

Fonte: Brasil, 2019b.

ESTUDO DE CASO

Poderá ser realizada individualmente ou em grupos de quatro a cinco pessoas. O grupo deverá ler a situação abaixo e selecionar um aluno para ser o relator da atividade.

A unidade prisional (UP) Y tem capacidade para 540 detentos, abriga 1.272 homens e possui equipe própria de saúde. Nas últimas semanas, o agente penitenciário José observou que:

- 1) Ao lado da UP há um terreno baldio, com lixo, entulho, pneus e animais (cavalos, cães, gatos, ratos, escorpiões). Nas celas próximas ao terreno, mosquitos, ratos e baratas são frequentes.
- 2) Detentos de três celas apresentam tosse e febre há mais de uma semana e quatro deles precisaram ser internados devido ao quadro respiratório. Alguns agentes (colegas de José), também estão com os mesmos sintomas.
- 3) A testagem para HIV, sífilis e hepatites na PPL não é realizada há dois anos na UP.

Para cada observação de José, o grupo deverá identificar e descrever:

- Possíveis fatores de agravo e/ou risco à saúde;
- Doenças e danos que podem ocorrer diante dos riscos identificados;
- Ações/colaborações dos trabalhadores para a prevenção/controle de agravos, riscos e doenças.

O relator deverá apresentar os resultados, para serem discutidos com toda a turma.

* Consultar as Referências

A vulnerabilidade da PPL, associada às precárias condições das unidades prisionais fazem com que o direito à saúde no ambiente prisional seja um desafio.

Para a melhoria deste cenário, a colaboração de seus trabalhadores é fundamental. O reconhecimento do território de trabalho, dos agravos e riscos à saúde, a identificação de possíveis casos/surtos de doenças, a colaboração nas ações de rastreamento, a interlocução com os profissionais de saúde e o incentivo ao tratamento são algumas possibilidades de atuação. De acordo com estudos realizados nos espaços prisionais, a integração com as equipes de saúde (sejam elas exclusivas da unidade prisional ou não), o desenvolvimento de ações multidisciplinares, de estratégias de informação e educação impactam diretamente na saúde, reduzindo a prevalência das doenças (SÁNCHEZ, 2016; SOUSA, 2017; VALIM, 2018).

Para o fortalecimento das ações de saúde no ambiente prisional, sugere-se que os processos e fluxos de trabalho sejam padronizados na forma de roteiros, em documentos conhecidos como Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Eles uniformizam a execução das atividades (evitando falhas), facilitam o treinamento dos trabalhadores e melhoram a qualidade, a produtividade e a eficiência do trabalho.

Ao final deste módulo, devemos refletir que, apesar dos desafios do ambiente prisional, muito pode ser feito pelo trabalhador deste ambiente a partir das práticas de vigilância em saúde, com vistas ao direito à saúde em seu conceito ampliado.

Referências

ASSIS, Lucília Nunes. **A implantação do Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Municípios de Minas Gerais**: análise da sua contribuição para o processo de integralidade da atenção. 2017. 125 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2017.

BADRI, Motasim et al. **Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area**. *Int J Lung Dis*. V.5, n. 3, 2001. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/12009131_Association_between_tuberculosis_and_HIV_disease_progression_in_a_high_tuberculosis_prevalence_area>. Acesso em 16.mai.2021.

BRASIL. **Constituição Federal**. 5 ed. Barueri: Manole, 2008. 211p.

BRASIL. **Lei No 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1990, set. 20; Seção 1, p.18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999**. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 16 dez. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf Acesso em 22 mai. 2021.

BRASIL. **Cartilha de Vigilância Sanitária**. 2ª .ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf>. Acesso em 23 mai.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dermatologia na Atenção Básica de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica, nº 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>>. Acesso em 17 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 1ª. ed. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf>. Acesso em: 28 mai.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria No 841, de 03 de maio de 2012**. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012a, mai. 03; Seção 1, p. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Resolução MS/CNS nº 588, de 18 de julho de 2018**. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018 ago 13; Seção 1:87.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2ª .ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 3ª.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 19 jul 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Riscos Ambientais e a Saúde Humana**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 2020a. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/saude-ambiental-para-reducao-dos-riscos-a-saude-humana>>. Acesso em: 21 jul 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020b fev 19; Seção 1:97.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasil, Brasília (DF), 2020c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist#:~:text=As%20>>

Infec%C3%A7%C3%B5es%20Sexualmente%20Transmiss%C3%ADveis%20(IST,uma%20pessoa%20que%20esteja%20infectada.> Acesso em 17 mai. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019.** Brasil, Brasília (DF), 2020d. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigila%CC%82ncia-epidemiolo%CC%81gica-da-covid_19_15.03_2021.pdf> Acesso em 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Recomendações para prevenção e cuidado da Covid-19 no Sistema Prisional Brasileiro.** Brasil, Brasília (DF), 2020e. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/arquivos/copy2_of_Manual___Recomendacoes_para_prevencao_e_cuidados_da_COVID_19_no_sistema_prisional_brasileiro___2__edicao.pdf> Acesso em 10 ago. 2021.

BULLARD Robert D.; JOHNSON Glenn S. **Environmental Justice: Grassroots Activism and Its Impact on Public Policy Decision Making.** *Journal of Social Issues.* v. 56, n. 3, 2000.p.555-78. Disponível em: <https://web.stanford.edu/~kcarmel/CC_BehavChange_Course/readings/Additional%20Resources/J%20Soc%20Issues%202000/bullard_2000_13_justicegrassroots.pdf> Acesso em 13 mai.2021.

CELENTANO Danielle et al. **Desmatamento, degradação e violência no “Mosaico Gurupi”- A região mais ameaçada da Amazônia.** *Estudos Avançados,* v. 32, n. 92, 2018.p.315-339. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/324643005_Desmatamento_degradacao_e_violencia_no_Mosaico_Gurupi_-_A_regiao_mais_ameacada_da_Amazonia#fullTextFileContent>. Acesso em: 09 mai.2021.

CRUZ, Marly Marques. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde.** In: Gondim R, Graboys Victor, Mendes Junior Walter Vieira (Org.). *Qualificação dos Gestores do SUS.* 2a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf> . Acesso em: 19/05/2021.

CZERESNIA, Diana. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 119 p. Disponível em: < <https://static.scielo.org/scielobooks/knm4c/pdf/czeresnia-9788575412565.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2021.

DURN, Sara. **Uma breve história das máscaras faciais médicas.** 2020. Disponível em: < <https://gizmodo.uol.com.br/uma-breve-historia-das-mascaras-faciais-medicadas/>>. Acesso em: 27 mai. 2020.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Revolta da Vacina.** FIOCRUZ, 105 anos. Agência Fiocruz de Notícias, 2005. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>>. Acesso em 12 mai. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Vigilância em Saúde.** PenseSUS, 2013. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude> Acesso em: 10 mai. 2021

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Conheça a história das vacinas.** Fundação Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1738-conheca-a-historia-das-vacinas> Acesso em: 10 mai. 2021.

GOMES, Elaine Christiane de Souza. **Conceitos e Ferramentas da Epidemiologia.** – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. 83 p. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3355>>. Acesso em: 19 jul 2021.

GORDIS, Leon. **Epidemiologia.** Rio de Janeiro: Revinter, 4ª ed, 2010. 372p.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento.** *Ciênc.saúde coletiva,* Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010. , p. 161-170. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf> >. Acesso em: 27 mai. 2021.

LEAVELL, Hugh.; CLARK, E.Gurney. **Medicina Preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976

LIMA, Gustavo Ferreira Costa. **Violência e Meio Ambiente: Pode a educação ambiental contribuir para a paz e a sustentabilidade?** *Espaço do Currículo, João Pessoa,* v. 2, n. 2, 2010. p. 231-247. Disponível em: < <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rec/article/view/4282/3239> >. Acesso em: 15 mai. 2021.

NAVARRO, Marli B.M. Albuquerque. **Ambiente e Complexidade como Tema Integrador**. In: MIRANDA, Ary Carvalho; BARCELLOS, Christovan; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Maurício (Org.). Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 89-97.

NETTO, Guilherme Franco et all. **Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.22, n. 10, 207. p.3137-48. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n10/3137-3148/pt>>. Acesso em 31 mai.2021.

O'DONNELL, Victoria Rodrigues; CHINELATTO, Lucas Albuquerque; RODRIGUES, Cristina; HOJAIJ, Flávio Carneiro. **Uma breve história de uniformes médicos: da história antiga aos tempos da COVID-19**. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 47, n.7, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912020000100502. Acesso em: 23 mai. 2021.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Cuidar do meio ambiente colabora com a saúde mental**. 2019. Disponível em: <https://www.unep.org/pt-br/noticias-e-reportagens/story/cuidar-do-meio-ambiente-colabora-com-saude-mental>>. Acesso em 27 mai. 2021.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial de Saúde. Nova Iorque: Organização Mundial da Saúde**, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2021.

PAES E SILVA, Lays Helena. **Ambiente e Justiça: sobre a utilidade do conceito de racismo ambiental no contexto brasileiro**. E-Cadernos CES [online], v.17, 2012. p. 85-111. Disponível em: < <https://journals.openedition.org/eces/1123>>. Acesso em: 25 mai 2021.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Análise da Situação de Saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1a ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29-39.

PUGA, MM et al. **Screening for HBV, HCV, HIV and syphilis infections among bacteriologically confirmed tuberculosis prisoners: An urgent action required**. PLoS ONE, v. 14, n. 8, ago. 2019. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0221265> >. Acesso em: 31 mai. 2021.

REZENDE, JM. **Dos quatro humores às quatro bases**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. pp. 49-53. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-05.pdf>>. Acesso em: 19 mai.2021.

RIBEIRO, Job Antônio Garcia; CAVASSAN, Osmar. (2013). **Os conceitos de ambiente, meio ambiente e natureza no contexto da temática ambiental: definindo significados**. Góndola, enseñanza y aprendizaje de las ciencias, v. 8, n,2, p.61-76. 2013. Disponível em: <<https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/GDLA/article/view/5149/6768>>. Acesso em: 19 jul 2021.

RODRIGUES, Horácio Riojas; FRANCO, Michelle Romero. A deterioração dos ecossistemas e da biodiversidade: suas implicações para a saúde humana. In: GALVÃO, Luiz Augusto C.; FINKELMAN, Jacobo; HENAO, Samuel. **Determinantes Ambientais e Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, Fiocruz, 2011. p. 233-258.

SALGADO, Aline. **A Revolta contra a vacina: A vulgarização científica na grande imprensa no ano de 1904**. Dissertação (Mestrado em Ciência, Tecnologia e Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 128 p. 2018. Disponível em: < http://ppgdc.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/dissertacao_aline_salgado.pdf> . Acesso em: 28 mai.2021.

SÁNCHEZ, Alexandra; LAROUZE, Bernard. **Controle da tuberculose em presídios, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2071-2080, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702071&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai.2021.

SÁNCHEZ, A. Estudo inédito analisa as causas de óbito no Sistema Penitenciário do RJ: tuberculose é um fator importante. **Informe Escola Nacional de Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/48473> Acesso em: 28 mai.2021.

SNOW, John. **Sobre a maneira de transmissão do cólera**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 250 p.

SOARES Wagner Lopes; PORTO Marcelo Firpo. **Atividade agrícola e externalidade ambiental: uma análise a partir do uso de agrotóxicos no cerrado brasileiro.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 2007. P. 131-143. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JBWzwnBxCPdN97YjmqWK5wm/?lang=pt>>. Acesso em: 10 mai.2021.

SOUSA, Karinna Alves Amorim et al. **Fatores associados à prevalência do vírus da imunodeficiência humana em população privada de liberdade.** Rev. esc. enferm. USP. São Paulo, v. 51, e03274, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100470&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 mai. 2021.

TEIXEIRA, Maria Glória et al. **Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601811&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 mai. 2021.

UNODC-United Nations Office on Drugs and Crime et al. **HIV prevention, testing, treatment, care and support in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, 2020.** Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/20-06330_HIV_update_eBook.pdf> Acesso em: 10 ago 2021.

VALENÇA, Mariana Soares et al. **Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2147-2160, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702147&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 mai. 2021.

VALIM, Edna Maria Alves; DAIBEN Ana Maria Lombardi; HOSSNE William Saad. **Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade.** Rev Bioét. Brasília, v. 26, n. 2, abr - jun. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n2/1983-8042-bioet-26-02-0282.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2021

VIEIRA-DA-SILVA. Lígia Maria; PAIM, Jairnilson Silva; SCHRAIBER, Lilia Blima. O que É Saúde Coletiva. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** 1a ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.p. 3-5

WALDMAN, Eliseu Alves. **Os 110 anos de Vigilância em Saúde no Brasil.** Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, v. 21, n. 3, set. 2012. p. 365-366. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300001&lng=en&nrm=iso Acesso em: 20 mai. 2021

WHO – World Health. **Water, sanitation and hygiene (WASH)** 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/water-sanitation-and-hygiene-wash>>. Acesso em: 10 ago 2021.



CAPÍTULO V

Saúde Materno-infantil na Unidade Prisional: desafios da assistência

Saúde Materno-infantil na Unidade Prisional: desafios da assistência

Adriana Franco

Ingyd Guimarães

Joyce Ventura

Paulo Tarcísio Pinheiro

Rafaela Schreck

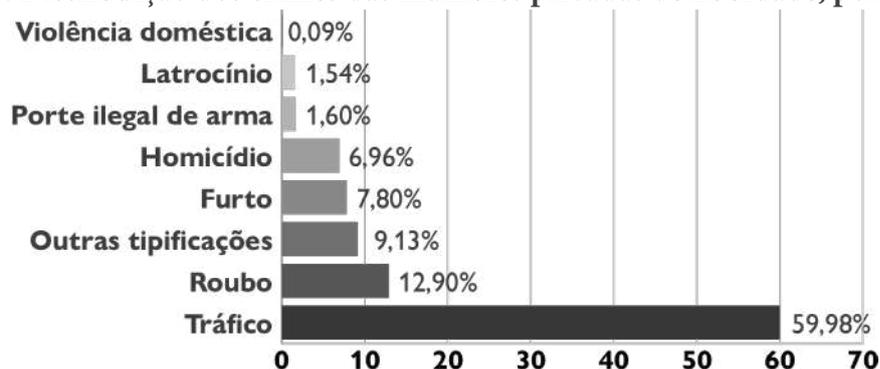
Tatiany Araújo

Introdução

No Brasil, segundo dados do último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (BRASIL, 2019), existem cerca de 36.929 mulheres privadas de liberdade, o que corresponde a 4,94% do total de presos. Em junho de 2017, a taxa de aprisionamento feminino foi de 35,52 mulheres presas para cada 100 mil mulheres, no Brasil (BRASIL, 2019).

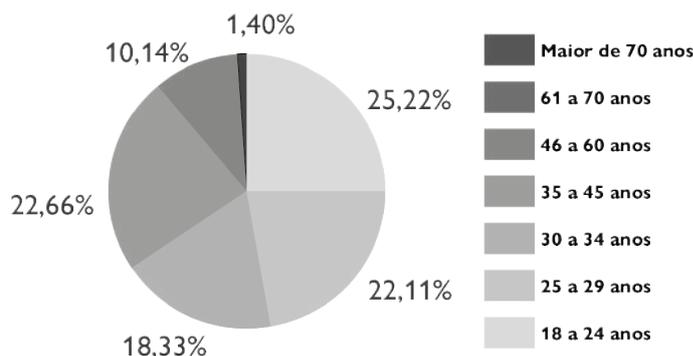
Atualmente, o crime de tráfico de drogas é o principal motivo da prisão das mulheres, no país, representando 59,9% dos casos, seguido pelos crimes de roubo e furto, com, respectivamente, 12,90% e 7,80%. Em relação à faixa etária, a maior parte é composta por jovens em idade fértil, com um percentual mais expressivo de 25,22% nas idades entre 18 e 24 anos, conforme demonstrado nos gráficos a seguir: (BRASIL, 2019; LEAL et al., 2016).

Gráfico 01: Distribuição dos crimes das mulheres privadas de liberdade, por tipo penal



Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen, Junho/2017

Gráfico 02: Faixa etária das mulheres privadas de liberdade no Brasil



Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen, Junho/2017.

As mulheres privadas de liberdade, apesar de representarem uma parcela menor da população carcerária do país, merecem uma atenção particular, uma vez que constituem um grupo socialmente marginalizado e com especificidades biopsíquicas, principalmente relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, à maternidade e ao nascimento de seus filhos no ambiente da prisão (BRASIL, 2019; LEAL et al., 2016).

O conceito dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) de que as situações de vida dos indivíduos e de grupos populacionais estão diretamente relacionadas com as condições de saúde, nos permite compreender como a ruptura das redes sociais e comunitárias e o ambiente do encarceramento comprometem o bem-estar e ampliam as desigualdades enfrentadas pelas mulheres privadas de liberdade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Além disso, a vulnerabilidade dessas mulheres agrava-se pela condição da maternidade, aleitamento materno e puerpério no ambiente de reclusão penal. Neste momento de mudanças físicas, hormonais e psíquicas, estas enfrentam também a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, insegurança quanto ao parto e preocupação com o destino do filho que nascerá na prisão (LEAL et al., 2016; QUEIROZ, 2015; SUTHERLAND, 2013).

Os processos de vulnerabilidade, fragilização, precariedade do acesso aos serviços de saúde e a ruptura dos vínculos sociofamiliares integra o processo de exclusão das pessoas privadas de liberdade. E no caso das mulheres, essa situação é agravada pela desigualdade estrutural de gênero, caracterizada pela relação assimétrica com os homens, o que resulta em condições de discriminações, preconceitos, tanto fora quanto dentro do ambiente de reclusão penal, e violações de direitos (FERREIRA, 2019; LOPES, PINHEIRO, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de 1995, passou a abordar a questão da saúde penitenciária, principalmente, com o Projeto Saúde no Sistema Prisional. Este projeto, a partir de articulações políticas de saúde e justiça, tanto em âmbito nacional quanto internacional, teve por objetivo promover a saúde pública e o cuidado nas prisões. Neste processo, para consolidação de normas e implementação de serviços de saúde, em 2007, a OMS divulgou o “Guia Saúde nas Prisões”, adotado em prisões de todo o mundo (NASCIMENTO; SILVA, 2019; GOIS et al., 2012; WHO, 2007).

A Cúpula das Nações Unidas sobre o desenvolvimento sustentável incluiu dentre os 17 objetivos a serem alcançados até 2030, alcançar a igualdade de gênero, como a base necessária para a construção de um mundo pacífico, próspero e sustentável. Estes Objetivos de Desenvolvimento Sustentável buscam assegurar melhores condições de vida às mulheres nas áreas de

saúde, educação e trabalho (ONU, 2021).

Neste contexto, no Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), instituídas, respectivamente, pelas Portarias Interministeriais nº 1 e nº 210, ambas de 2014, têm como objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde -SUS (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

A PNAISP prevê que os serviços de saúde busquem agilidade, equidade e qualidade na assistência com uma equipe multidisciplinar composta, basicamente, pelas mesmas categorias profissionais de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal). Por sua vez, a PNAMPE determina o incentivo à adoção de normas e procedimentos adequados às necessidades específicas das mulheres relacionadas às questões de gênero, cor ou raça, idade, etnia, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental e outros aspectos relevantes (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

No entanto, apesar dessas políticas públicas indicarem uma nova perspectiva de atenção às mulheres no ambiente carcerário do Brasil, ainda existem desafios a serem enfrentados diariamente, principalmente, para a assistência humanizada, respeitosa e segura às gestantes, parturientes, puérperas, lactantes e seus filhos (QUEIROZ, 2015; BRASIL, 2014c).

Nessa perspectiva, as práticas de cuidado dentro do ambiente prisional devem promover a garantia do direito à saúde na perspectiva da integralidade, com um atendimento qualificado, que proponha práticas de solidariedade, tanto na esfera civil quanto na pública. Ademais, é esperado que um espaço de cuidado seja capaz de gerar reciprocidade, enriquecimento mútuo dos profissionais e horizontalidade nas relações de poder (LOPES, PINHEIRO, 2016).

Logo, faz-se necessária uma organização do processo de trabalho na concepção ampliada de saúde, embasada nos princípios e nas diretrizes do SUS, atendendo, de forma relacional, às peculiaridades das mulheres privadas de liberdade e da unidade prisional. Além disso, a assistência de qualidade e as ações de promoção e prevenção em saúde são fundamentais, mas também é muito importante considerar que as pessoas em ambiente de reclusão penal são sujeitos ou agentes do processo de trabalho, e são objetos desse mesmo processo e, portanto, devem ser estimuladas a desenvolverem o autocuidado (BARBOSA et al., 2019).

Ressalta-se também a necessidade de compreensão da noção de território no contexto prisional, que ultrapassa limites geográficos e engloba aspectos econômicos, políticos, culturais e epidemiológicos (FARIA, BORTOLOZZI, 2016; SANTOS, 1994). O território é caracterizado como um espaço social em contínua transformação onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em grupo obedece a um processo historicamente construído (FARIA et al., 2009).

Dessa forma, profissionais de saúde, da segurança e da administração das Unidades Prisionais, envolvidos no atendimento e cuidado direto das mulheres privadas de liberdade devem entender o ambiente penal como uma área de responsabilidade e estar capacitados para uma assistência segura e de qualidade, baseada em evidências teórico-científicas e nas boas práticas de humanização durante o ciclo gravídico-puerperal.

Para isso, nesse módulo iremos abordar as principais temáticas e dúvidas do cotidiano do

trabalho do Sistema Prisional relacionadas à saúde da mulher durante a gestação, parto e puerpério; cuidados com o recém-nascido; urgências e emergências obstétricas.

Os objetivos da aprendizagem são conhecer o perfil das mulheres em situação de privação de liberdade, no Brasil; o manejo adequado para o pré-natal, saber identificar um trabalho de parto, as principais urgências e emergências obstétricas e as boas práticas recomendadas para a atenção ao parto; além de compreender os cuidados necessários para o binômio mãe-filho.

Para alcançar esses objetivos é importante que façam a leitura atenta de todo o material, busquem apoio nas Referências indicadas e realizem as atividades propostas de acordo com a temática abordada. Busquem trazer para a suas realidades as discussões propostas, o estudo em conjunto com os seus pares de trabalho também enriquece e facilita o processo de aprendizagem.

Esperamos que seja uma leitura prazerosa e que o conteúdo aqui abordado contribua para o aprimoramento da sua prática profissional, visando a integralidade na assistência à saúde das mulheres em privação de liberdade e seus bebês.



SAIBA MAIS

Para conhecer o cotidiano e a vivência da maternidade em um ambiente de reclusão penal sob a perspectiva das mulheres privadas de liberdade assistam o documentário: “Leite e Ferro” (2011). Direção: Cláudia Priscilla.

Para informações atualizadas sobre o Sistema Penitenciário Federal, visitem o site do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) e acessem os relatórios do Infopen, com dados estatísticos sobre os estabelecimentos penais e a população prisional. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>

As Regras de Bangkok, instituídas pela Organização das Nações Unidas, descrevem princípios para o tratamento de mulheres presas, considerando distintas as suas necessidades no ambiente de reclusão penal. Atualmente, o Brasil assumiu o compromisso internacional para implementação das Regras de Bangkok. Saiba Mais em: <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/452905996/regras-de-bangkok-e-en-carceramento-feminino>

O INFOPEN, vinculado ao Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) é o Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro, que desde 2004 reúne informações sobre os estabelecimentos penais e a população prisional. A partir de 2014, os dados passaram a ser apresentados em formato de relatório detalhado, o que possibilita um diagnóstico de fácil compreensão da realidade prisional. Para atendimento às metas da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), o DEPEN disponibiliza também o INFOPEN MULHERES que apresenta o perfil das mulheres privadas de liberdade e as características dos estabelecimentos prisionais em que se encontram, no Brasil. Para mais informações, acesse os relatório do INFOPEN em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>

Para melhor compreensão do conteúdo, faça a leitura na íntegra da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de Janeiro de 2014, e Portaria Interministerial nº 210, de 16 de Janeiro de 2014, que instituem, respectivamente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE).

Link para acesso às Portarias:

<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp/legislacao>

Cuidados com a Saúde da Mulher durante a Gestação

O acompanhamento do pré-natal é fundamental para promover uma gestação saudável para mãe e bebê, a identificação precoce de alterações, patologias e tratamentos necessários, reduzindo a mortalidade materna (BELO HORIZONTE, 2019; PEIXOTO, 2014; BRASIL, 2012).

O Pré-natal tem como objetivo garantir a segurança do binômio mãe-filho, com práticas de acolhimento à gestante, rastreamento de doenças e infecções e ações de educação em saúde, que considerem os aspectos psicossociais e sejam capazes de preparar a mulher para a maternidade e os cuidados com o recém-nascido (BELO HORIZONTE, 2019; BRASIL, 2012).

Esse acompanhamento permite também identificar de forma precoce as gestações que tenham complicações, classificadas como de alto risco. Para isso, os profissionais envolvidos no cuidado à saúde devem estar atentos aos históricos pessoais e obstétricos da gestante, solicitar e avaliar de forma adequada os exames, realizando os tratamentos indicados, quando necessário (BELO HORIZONTE, 2019; PEIXOTO, 2014; BRASIL, 2012).

A recomendação do Ministério da Saúde é que as consultas de pré-natal sejam realizadas de forma intercalada entre médicos e enfermeiros. No Sistema Prisional os fluxos, referências e contrarreferência para atenção integral à saúde devem ser pactuados nos espaços pertinentes do SUS (BRASIL, 2014c).

Para orientar a assistência nas consultas de pré-natal, vamos discutir alguns exames que são solicitados à gestante e a sua importância.

Principais exames laboratoriais do Pré-natal

HIV - O que vem à sua cabeça quando pensa em HIV?

Segundo dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, no Brasil, no período de 2000 até junho de 2019, foram notificados 125.144 casos de gestantes infectadas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e, em um período de dez anos, houve um aumento de 38,1% na taxa de detecção de HIV em gestantes. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a consequente prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2019).

A faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas com HIV, e, quanto à raça/cor da pele autodeclarada, há um predomínio de casos entre mulheres pardas, seguidas de brancas (BRASIL, 2019).

Historicamente, houve um grande avanço nas discussões, pesquisas, terapêutica, campanhas educativas e programas preventivos em relação à transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). No entanto, nem todas as pessoas têm acesso equitativo a esses recursos e serviços e, ao longo dos anos, a diversidade no padrão de distribuição da infecção levou à expansão da infecção entre grupos socialmente marginalizados, com menores oportunidades de desenvolvimento, incluindo as mulheres privadas de liberdade (TRIGUEIRO, et al., 2016).

As representações hegemônicas sobre a soropositividade, aliadas à reclusão penal, impõem uma condição de exclusão às mulheres privadas de liberdade, que precisam enfrentar atitudes preconceituosas e discriminatórias (TRIGUEIRO, et al., 2016).

Quando realizar o teste de HIV no pré-natal?

- Primeiro trimestre da gestação
- Terceiro trimestre da gestação
- No caso de gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o rastreamento pode ocorrer no momento da internação para o parto.

Fonte: Protocolo de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, Ministério da Saúde, 2012.

O HIV pode ser transmitido das mães soropositivas para seus bebês. A transmissão vertical tem possibilidade de ocorrer durante a gestação, parto ou amamentação. Por isso, é essencial o seu rastreamento e, quando necessário, o tratamento durante a gravidez. Atualmente, o Programa Nacional de IST/AIDS recomenda o teste anti-HIV com aconselhamento e consentimento na primeira consulta de pré-natal (BRASIL, 2019).

A redução da transmissão vertical do HIV ocorre com a administração medicamentosa às mulheres da Terapia Antirretroviral, principalmente, com o uso da Zidovudina ou AZT. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão vertical e, por isso, a amamentação é contraindicada (BRASIL, 2012).

Nos últimos dez anos, no Brasil, houve uma queda na taxa de detecção de aids em menores de cinco anos, sendo este um indicador para o monitoramento da transmissão vertical do HIV. Observou-se diminuição dessa taxa de 3,6 casos/100.000 habitantes em 2008 para 1,9 casos/100.000 habitantes em 2018, o que corresponde a uma queda de 47,2% (BRASIL, 2019).

VDRL

O VDRL (sigla para *Venereal Disease Research Laboratory*) é um exame de sangue que serve para diagnóstico da Sífilis, uma Infecção Sexualmente Transmissível curável e causada pela bactéria *Treponema pallidum* (BRASIL, 2012).

IMPORTANTE

Recomenda-se que a gestante seja testada para o VDRL em 3 momentos:

- Primeiro trimestre da gestação
- Terceiro trimestre da gestação
- No momento da internação para assistência ao parto.

Fonte: Protocolo de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, Ministério da Saúde, 2012.

A Sífilis pode apresentar diferentes manifestações clínicas, conforme o estágio, sendo classificada como sífilis primária, secundária, latente e terciária. Nos estágios primário e secundário da infecção, é maior o risco de transmissão (PEIXOTO 2014; BRASIL, 2012).

Durante a gestação ou parto há também a possibilidade de transmissão vertical para o bebê, caso a mãe esteja infectada, levando à sífilis congênita, que pode se manifestar logo após o nascimento ou até os dois anos de vida. A sífilis congênita é capaz de levar ao parto prematuro, má-formação do feto e morte neonatal, além das manifestações clínicas na criança de surdez; cegueira e deficiência mental.

HBsAg - Hepatites

O exame do HBsAg é realizado para investigar a presença do vírus da Hepatite B no sangue, responsável pela infecção aguda mais comum do fígado e que representa um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2012).

A transmissão da Hepatite B ocorre, principalmente, pela exposição de mucosas a sangue ou fluidos contaminados, via sexual, percutânea e vertical. Há também a possibilidade de transmissão por compartilhamentos de seringas, agulhas ou outros equipamentos contendo sangue contaminado (PEIXOTO, 2014).

Na gestação, o diagnóstico precoce e o cuidado com os fetos de mães diagnosticadas devem ser prioridade para a redução da transmissão vertical. Nos casos de mãe HBsAg reagentes, devem ser administradas ao recém-nascido a primeira dose da vacina para hepatite B e a imunoglobulina específica contra a hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o parto.

IMPORTANTE

- Recomenda-se que o HbsAg seja solicitado nos exames pré-concepcionais, na primeira consulta de pré-natal, e repetido no terceiro trimestre
- Toda gestante HBsAg não reagentes e com idade abaixo de 20 anos deve receber a vacina para hepatite B.

Fonte: Protocolo de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, Ministério da Saúde, 2012.

Sorologia para Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* e possui elevado risco de comprometimento fetal, nos casos das gestantes infectadas. Os principais agravos anatômicos e funcionais ocasionados pela toxoplasmose congênita são: restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental (PEIXOTO, 2014; BRASIL, 2012).



IMPORTANTE

Todas as gestantes devem realizar a sorologia para Toxoplasmose na primeira consulta de pré-natal e, quando necessário, no terceiro trimestre de gestação.

Fonte: Protocolo de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, Ministério da Saúde, 2012.

Recomenda-se que todas as gestantes com diagnóstico positivo para Toxoplasmose façam uso da Espiramicina, que pode reduzir em até 50% a transmissão vertical para o bebê. As gestantes que apresentarem o risco de infecção para a toxoplasmose precisam ser orientadas quanto às medidas de prevenção primária como higiene correta das mãos e alimentos; evitar o consumo de carnes cruas e o contato com terra e fezes de gato; não consumir leite e seus derivados crus (PEIXOTO, 2014; BRASIL, 2012).

A prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis entre mulheres privadas de liberdade é relevante e deve ser tratada com atenção e cautela, principalmente nas gestantes, pelo risco de transmissão vertical e acometimento fetal, ressaltando-se que desenvolver ações preventivas, diagnóstico e tratamento de forma planejada e integrada é essencial no contexto do sistema penitenciário brasileiro (NICHATA et al., 2019).

Os profissionais envolvidos no cuidado à gestante devem estar atentos à importância do desenvolvimento de uma postura acolhedora e humanizada, que respeite às dimensões social, cultural e psicológica da vida dessa mulher, indo além dos aspectos biológicos. Esse cuidado precisa ser caracterizado por relações dialógicas, democráticas, éticas e solidárias, com uma escuta profissional qualificada, sensível às expectativas e necessidades da gestante. As ações de atendimento às mulheres, no ambiente de reclusão penal, necessitam valorizar as individualidades, reconhecendo-as como sujeitos de direitos, merecedoras de acolhimento e compreensão. A postura profissional, pautada no conhecimento dos determinantes sociais, também direciona para uma nova visão de mundo, promovendo um modelo de atenção à saúde, que visa a inclusão social e autonomia da mulher (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).



PARA DIALOGAR
COM A EQUIPE

“A prática do Aconselhamento na testagem de Infecções Sexualmente Transmissíveis-IST/HIV é um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar condições para que a pessoa avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às IST's/HIV/Aids. O papel do profissional no aconselhamento é ouvir as preocupações do indivíduo; propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades; prover informação, apoio emocional e auxiliar na tomada de decisão para adoção de medidas preventivas na busca de uma melhor qualidade de vida” (BRASIL, 2021:9).

Para mais informações sobre as condições epidemiológicas das IST/HIV/Aids no Brasil consulte Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde, disponíveis em: <https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>



SAIBA MAIS

Em 2020, o Mundo passa a enfrentar um novo desafio: a Pandemia Mundial de COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, pertencente à família do Coronavírus. Neste contexto, o Brasil é o país com o maior número de óbitos de gestantes e puérperas, de acordo com uma pesquisa do Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Ainda não existem estudos que comprovem a transmissão vertical do vírus (da mãe para o bebê) e a amamentação deve ser mantida em casos de mães diagnosticadas com o COVID. Nas gestantes, as principais manifestações clínicas são as mesmas das mulheres não grávidas: febre, tosse seca e dispneia, podendo os sintomas se agravarem rapidamente. As principais orientações para os cuidados e terapêutica em gestantes e puérperas infectadas são o isolamento social, medidas de higienização, uso de máscaras, monitoramento constante do quadro clínico, avaliação do bem-estar fetal, repouso, alimentação e hidratação adequadas e oferta de oxigênio, quando necessário. Faz-se importante ressaltar que durante a pandemia devem continuar sendo assegurados os direitos da mulher de acesso ao pré-natal e uma atenção humanizada no ciclo gravídico-puerperal, com a garantia de um parto seguro e um nascimento respeitoso (MASCARENHAS et al., 2020).

Para mais informações sobre o tema visite o Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/coronavirus-cuidado-clinico-de-gestantes-e-puerperas/>.



Comportamentos sexuais como múltiplos parceiros, o não uso de preservativos, relações sexuais sob o efeito de álcool e/ou drogas potencializam o risco para a transmissão do HIV e outras IST's.

A partir deste conhecimento, discutam em grupos:

- Como desenvolver ações/intervenções para discussão dos comportamentos de risco com as mulheres privadas de liberdade?
- Quais as estratégias de educação em saúde podem ser mais efetivas para trabalhar essa temática, considerando o contexto sociocultural dessas mulheres?

Obs.: Para a discussão dessa atividade revise os conteúdos já abordados sobre os determinantes sociais da saúde, formas de transmissão do HIV/IST's e os cuidados com a saúde da mulher durante a gestação.

Boas Práticas na Assistência ao Parto e Nascimento

O processo de parturição e nascimento é uma vivência marcante para a vida das mulheres e dos bebês. Existem evidências científicas de que a assistência de qualidade durante a gestação e o parto contribui para a redução da mortalidade materna e neonatal, além de promover a segurança e bem-estar do binômio mãe-filho (PEREIRA et al., 2018; LEAL et al., 2014).

No Brasil, o processo de hipermedicalização do parto, com práticas intervencionistas, desnecessárias e sem critério clínico, é um grave problema da saúde pública, que contribui para o risco de morbimortalidade materna e neonatal. Neste modelo de assistência, classificado como biomédico, ainda hegemônico, há a prioridade do profissional de saúde em detrimento da mulher, e a gestação, o parto e o nascimento são considerados como eventos patológicos, e não como expressões fisiológicas de saúde. Por isso, mulheres e recém-nascidos são expostos rotineiramente a uma elevada proporção de cirurgias cesarianas e a intervenções que deveriam ser empregadas, quando necessárias e de forma criteriosa (LIMA; BRITO; ANDRADE, 2019; FERNANDES, NARCHI, 2007).

No entanto, na década de 1980, iniciou-se um movimento internacional e nacional, que busca um modelo humanístico na atenção ao parto e nascimento, com mudanças no cuidado às mulheres e bebês, baseadas na conexão entre corpo e mente, considerando aspectos particulares desse binômico, como emocionais, humanos e culturais (LEAL et al., 2014; FERNANDES, NARCHI, 2007).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, atento a essas questões e, diante da necessidade de redução da elevada mortalidade materna no país, vem adotando medidas para promover uma integralidade da assistência obstétrica e garantia dos direitos da mulher, norteadas pelo cuidado humanizado. Dentre essas medidas, destaca-se o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (2000), a Rede Cegonha (2011) e, mais recentemente, o Programa ApiceOn – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (2017), que visam uma atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento e puerpério em todo o âmbito do SUS (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017). Além disso, estabelecem estratégias para mudanças nos modelos tradicionais de formação dos profissionais, atenção e gestão dos serviços de saúde

O Ministério da Saúde, alinhado às recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, determina que as práticas de assistência ao parto e ao nascimento devem garantir os direitos das mulheres e ser amparadas por evidências científicas. Essas organizações defendem o parto como um evento fisiológico, o qual deve ser conduzido de forma segura, respeitosa e humanizada, restringindo a cesariana para os casos com indicações clínicas (LIMA; BRITO; ANDRADE, 2019; BRASIL, 2013).

Assim, iremos discutir alguns pontos importantes sobre a assistência à gestante e parturiente baseados nas boas práticas e relacionados ao cotidiano do trabalho de vocês. Lembre-se que para maior compreensão dos temas é indicado consultar as Referências indicadas.

Trabalho de Parto

Como identificar um trabalho de parto?

Por se tratar de um fenômeno humano complexo, com grandes variações individuais, o início do trabalho de parto não é tão facilmente identificável como possa parecer. A certeza de que uma mulher esteve em trabalho de parto só pode ser dada de maneira retrospectiva, com o nascimento da criança, desde que todo o processo tenha transcorrido espontaneamente (BRASIL, 2016:205).

Em geral, o trabalho de parto ativo pode ser definido quando há a presença de contrações uterinas rítmicas e frequentes, que aumentam progressivamente, não diminuem com o repouso e são capazes de modificar o colo do útero -dilatação e esvaecimento (BRASIL, 2013; FERNANDES, NARCHI, 2007).

As contrações uterinas normalmente são dolorosas e podem vir acompanhadas da rotura das membranas amnióticas, “bolsa”, caracterizada pela perda de líquido por via vaginal, conhecidas como “rompimento da bolsa”, que pode ser facilmente visualizada, em grande volume, ou, em alguns casos, em menor quantidade.

Importante ressaltar que, na suspeita ou confirmação do trabalho de parto, perda de líquido ou sangramento, via vaginal, a gestante deve ser encaminhada à maternidade com agilidade e segurança (BRASIL, 2016; LEAL et al., 2014; BRASIL, 2013).

O acesso aos serviços de saúde do SUS, em outros níveis de atenção, é pactuado e definido no âmbito de cada estado em concordância com planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde. Então, nas unidades prisionais, as equipes responsáveis pelo encaminhamento das gestantes e parturientes devem identificar previamente o serviço de referência, podendo, inclusive agendar um vista para que, como profissional de saúde responsável pelos atendimentos no pré-natal, articule-se com a equipe responsável pela assistência ao trabalho de parto e parto, garantindo um cuidado continuado. No momento do transporte, este deve ser de forma segura e oportuna, garantindo a privacidade e o respeito à essa mulher.

Cuidados no Trabalho de Parto e Nascimento

Quais as práticas recomendadas para a atenção ao parto?

No quadro a seguir estão descritas as principais ações que são apresentadas pela Organiza-

ção Mundial de Saúde como boas práticas na assistência ao parto, que devem ser estimuladas e encorajadas, como medidas importantes para a mudança no modelo intervencionista de nascimento e estímulo das evidências científicas.

Quadro 1: Cuidados recomendados na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento

Informações e Comunicação	Acolhimento, empatia, respeito à privacidade da mulher; esclarecimento de dúvidas, apoio à escolha informada sobre a assistência e conduta tomadas.
Apoio físico e emocional	Presença de um acompanhante e equipe de profissionais que garantam apoio contínuo à mulher durante o trabalho de parto e parto.
Plano de Parto	Leitura e discussão em conjunto entre gestante e profissional de saúde sobre o plano de parto.
Alimentação	As parturientes devem receber uma dieta líquida isotônica, e não apenas água.
Manejo da dor no trabalho de parto	Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor: imersão em água, massagens, acupuntura por profissional qualificado, musicoterapia, aromaterapia. Garantia da analgesia farmacológica, quando solicitado pela parturiente, informando os riscos e benefícios.
Avaliação do bem-estar materno e fetal	Monitoramento frequente dos batimentos cardio-fetais, com atenção para anormalidades.
Progresso do trabalho de parto	Avaliação cuidadosa do progresso do trabalho de parto: uso do instrumento partograma.
Posição materna	Estímulo à deambulação, posições verticais e não-supinas. No momento do nascimento, a mulher deve ser encorajada a adotar a posição que achar mais confortável, incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios.
Após o nascimento	Minimizar a separação entre mãe e filho, considerando a importância sentimental desse momento. Apoiar o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido Avaliar a retração uterina e manejo preventivo de hemorragia materna.

Fonte: Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, 2016.

Quais as práticas não recomendadas no âmbito da Assistência ao Parto?

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde (Conitec), em seu protocolo de assistência ao parto normal, apresenta também práticas e intervenções que são claramente prejudiciais ou ineficazes durante o trabalho de parto e nascimento e, portanto, devem ser evitadas (BRASIL, 2016). Dentre elas estão:

- uso rotineiro do hormônio ocitocina, sem indicação clínica, para acelerar o trabalho de parto;
- lavagem intestinal (enema);
- uso habitual da tricotomia (raspagem dos pêlos) pubiana e perineal;
- posição supina e episiotomia de rotina, que trata-se da incisão na região perineal.
- Manobra de pressão no fundo uterino, denominada Kristeller.

Cuidados no Puerpério

O termo puerpério refere-se ao período de regressão ao estado pré-gravídico das modificações físicas e sistêmicas que ocorreram durante a gravidez, conhecido também como pós-parto ou resguardo. Inicia-se após a saída da placenta e tem seu término imprevisto (BRASIL, 2013; FERNANDES, NARCHI, 2007).

Durante esse período ocorrem transformações físicas e psíquicas importantes, sendo necessário que a mulher continue recebendo cuidado e atenção. Neste momento o ambiente deve ser favorável para o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho e faz-se necessária uma assistência integral e humanizada, com escuta qualificada da puérpera e respeito às suas demandas nas dimensões biológicas e socioculturais (PEREIRA et al., 2018; FERNANDES, NARCHI, 2007).

Em relação aos cuidados corporais, deve ser observado o processo de cicatrização da ferida operatória nos casos de partos cirúrgicos e do períneo, além do acompanhamento da involução uterina. A amamentação também deve ser manejada da forma adequada, com atenção especial para a prevenção e tratamento, quando necessários, das fissuras mamilares e ingurgitamentos (a famosa “mama empedrada”).

Cuidados com o Recém-nascido

Após o nascimento, o recém-nascido deve ser mantido em contato pele a pele com a mãe e incentivada a amamentação na primeira hora de vida, evitando, neste período, a separação do binômio para a realização de procedimentos como pesagem e medidas antropométricas. Recomenda-se que todos os recém-nascidos recebam uma dose de Vitamina K para profilaxia de doença hemorrágica (PEREIRA et al., 2018; BRASIL, 2016).

O teste do pezinho, para rastreio de doenças congênicas complexas como o hipotireoidismo congênito, a anemia falciforme e a fibrose cística, deve ser realizado do 3º ao 5º dia de vida do recém-nascido, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Neste período devem ser observados também sinais de icterícia e administradas vacinas, conforme o calendário de vacinação.

O Ministério da Saúde recomenda também o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê e de forma complementar até os 2 anos. Mas, para o sucesso da amamentação é necessário apoio e orientação profissional.

Durante a primeira infância, de zero a seis anos, a criança deve ser corretamente estimulada para um adequado desenvolvimento motor, mental, emocional e social, que terá repercussões na adolescência e vida adulta. Para isso, os responsáveis pelos cuidados com as crianças devem garantir acesso à imunização, alimentação adequada e acompanhar os marcos do desenvolvimento motor e cognitivo.



PARA REFLETIR

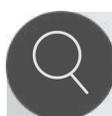
Mas, será que as condições dos presídios brasileiros são adequadas para mães e bebês? Essas condições permitem alcançar o objetivo de ressocialização da pena de prisão?

Pesquisa realizada por Carneiro e Veríssimo, em 2016, revelou os desafios enfrentados por mães e crianças em ambiente de reclusão penal, no Brasil, como o medo de estabelecer vínculo

afetivo, acompanhamento médico insuficiente, alimentação deficitária, espaços físicos inadequados e tempo de amamentação inferior ao recomendado.

Para mudança deste contexto, é necessário que os profissionais de saúde, da segurança e administração das unidades prisionais vislumbrem as mulheres e crianças como sujeitos de direito, com especificidades que demandam esforços e cuidados diferenciados, como, por exemplo, a garantia do desenvolvimento infantil saudável (ANDRADE et al., 2015).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Presas e Lactantes, do Conselho Nacional de Justiça, em 2018, em todo o Brasil, existiam 249 bebês convivendo com suas mães em ambiente de reclusão penal, em Minas Gerais, neste mesmo ano, eram 34 crianças. Essas mulheres e crianças enfrentam a precariedade da infraestrutura do sistema prisional e, em muitos casos, a violação de direitos, dentre eles os tratados internacionais das Regras de Bangkok. Os impactos negativos do encarceramento de mães, na dinâmica social e familiar, devem ser considerados e, por isso, a substituição da pena privativa de liberdade por penas alternativas, em casos de mulheres grávidas, com filhos dependentes e que não tenham cometido delito grave, é recomendada pelas Regras das Nações Unidas (NASCIMENTO; SILVA, 2019).



SAIBA MAIS

A caderneta da criança ofertada pelo Ministério da Saúde possui informações importantes sobre o calendário vacinal, acompanhamento do ganho de peso, crescimento e marcos do desenvolvimento infantil.

Encontra-se disponível para download no site:
<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>



VOCÊ SABIA?

Durante a gravidez há um acúmulo, no canal cervical, do muco secretado pelas glândulas cervicais, que recebe o nome de tampão mucoso e exerce a função de uma barreira contra possíveis infecções. A saída do tampão mucoso é um sinal inespecífico, mas, ocasionalmente, pode ser observado ao final da gestação, indicando a proximidade do trabalho de parto (BRASIL, 2013).



IMPORTANTE

Os profissionais envolvidos no cuidado às gestantes, parturientes e puérperas devem estar atentos aos sinais de alerta e realizar os atendimentos e encaminhamentos necessários em tempo oportuno. Sinais e sintomas como febre, aumento da pressão arterial, perda de líquido e sangramento via vaginal, ausência de movimentos fetais e dor abdominal precisam ser avaliados de forma criteriosa, pois podem ser indicativos de urgências e emergências obstétricas, aumentando o risco de morte materna e neonatal.

Para maior conhecimento sobre as possíveis complicações materno-fetais acesse os conteúdos disponíveis no Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>



IMPORTANTE

O American College of Obstetricians and gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine (2013), classifica as gestações como: termo inicial - a partir de 37 semanas até 38 semanas e 6 dias; termo – 39 semanas até 40 semanas e 6 dias; termo tardio – 41 semanas até 41 semanas e 6 dias e pós-termo – 42 semanas ou mais. O manual de assistência ao pré-natal do Ministério da Saúde determina que a gestante com 41 semanas deve ser encaminhada para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal, podendo ser indicada a interrupção da gestação (ACOG, 2013; BRASIL, 2013).



ATIVIDADE

Assistam ao vídeo exibido na Exposição itinerante e interativa “Sentidos do Nascer”, da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, e discutam sobre a temática, em grupos compostos por profissionais de diversas áreas.

As perguntas norteadoras da discussão podem ser:

- Quais os interesses envolvidos no modelo de assistência ao parto, no Brasil?
- Quais as controvérsias sociais enfrentadas pela gestante?
- Como ressignificar o papel da mulher no processo de parto e nascimento?

Link para acesso ao vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=iCNpYHg9cxw>

Referências

ACOG - Committee Opinion . Parecer n. 579. **Definition of term pregnancy**. Obstet Gynecol. v.122, n.5, p. 1139-40, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24150030/>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

ANDRADE Raquel Dully; SANTOS Jaqueline Silva , MAIA Maria Ambrosina Cardoso, MELLO Débora Falleiros de. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health Factores relacionados a la salud de la mujer en el puerperio y los efectos en la salud del niño. **Esc Anna Nery**. Revista de Enfermagem, v. 19, n.1, jan-mar 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/TJB8nBkgHyFybLgFLK7XMpv/?format=pdf&lang=en>> Acesso em: 12 dez. 2021.

BARBOSA, Mayara Lima; MEDEIROS, Suzane Gomes; CHIAVONE, Flávia Barreto Tavares; ATANÁSIO, Lhana Lorena de Melo; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. Ações de enfermagem para as pessoas privadas de liberdade: uma scoping review. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 3. 2019 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/8W3787SLwcbBmMyTtYDzLNq/?lang=pt>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Pré-natal e Puerpério**. 2ª ed. – Revisada e Atualizada. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Protocolo_pre-natal_perperio-14-06-2019.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Relatório Temático sobre Mulheres Privadas de Liberdade** – Junho de 2017. Brasília, 2019. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopenmulheres/copy_of_Infopenmulheresjunho2017.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto**. Relatório de recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fique Sabendo: Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica**. 30 p. 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_simplificado.pdf>. Acesso em: 12 set.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 1459 de 24 de junho de 2011**. Dispõe sobre a implantação da Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 569 de 1º de Junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. ApiceON. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Inclusão das Mulheres Privadas de Liberdade na Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: < <https://central3.to.gov.br/arquivo/370312/>> . Acesso em: 12 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCC. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids->>. Acesso em: 12 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria Interministerial 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). Diário Oficial da União, 2014a.

BRASIL. **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. Diário Oficial da União, 2014b. Disponível em: < <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/01/documento-portaria-interm-mj-mspm-210-160114.pdf>>. Disponível em: 12 dez. 2021.

BUSS Paulo Marchiori, PELLEGRINI FILHO Alberto.. Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1: 77-93, 2007. <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

CARNEIRO Zaira Severino, VERÍSSIMO Maria de La Ó Ramallo. Gestação e desenvolvimento de bebês em situação de cárcere. **Extensão em Ação**, Fortaleza, v. 2, n.11, Jul./Out. 2016. Edição especial. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/11829>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

FARIA, Horácio Pereira; WERNECK, Marcos A. Furquim; SANTOS, Max André; TEIXEIRA, Paulo Fleury. **O processo de trabalho na atenção básica a saúde**. NESCON – UFMG, 2009, 34p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4248.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

FARIA, Rivaldo; BORTOLOZZI A. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do sistema único de saúde no Brasil. **R. Ra'e Ga** - Curitiba, v.38, p.291-320, dez/2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/43912>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella, NARCHI, Nádia Zanon (Org.). **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Barueri, SP: Manole, 2012. 411 p.

FERREIRA Josiane Pantoja. A desigualdade de gênero que reflete no encarceramento feminino brasileiro. **IAÇÁ: Artes da Cena**, vol. , n. 2, 2019. Disponível em: < <https://periodicos.unifap.br/index.php/iaca/article/view/4809>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

GOIS, Swyanne Macêdo; SANTOS –JUNIOR Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; GAUDÊNCIO, Maria de Fátima de Araújo.. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.5, p. 1235-46, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n5/1235-1246/pt>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

LEAL Maria do Carmo; AYRES, Barbara Vasques da Silva; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; SÁNCHEZ, Alexandra; LAROUZE, Bernard; LAROUZÉ, Bernard. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2061-70. 2016. Disponível em: <<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/nascer-na-prisao-gestacao-e-parto-atras-das-grades-no-brasil/15596?id=15596>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

LEAL Maria do Carmo et al. , Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167177/>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

LIMA, Sandra Gonçalves Gomes, BRITO, Cláudia de; ANDRADE, Carlos José Coelho de. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2019, v. 24, n. 5 . Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ShqP3jj3pbPjZQqyF9NkbMQ/?lang=pt>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

LOPES, Tatiana Coelho; PINHEIRO, Roseni. Trajetórias de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência de Gestantes de Minas Gerais. **Physis:Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, 1193-1212, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/316306902_Trajektorias_de_mulheres_privadas_de_liberdade_praticas_de_cuidado_no_reconhecimento_do_direito_a_saude_no_Centro_de_Referencia_de_Gestantes_de_Minas_Gerais>. Acesso em: 12 dez. 2021.

MASCARENHAS, Victor Hugo Alves ; , CAROCI-BECKER Adriana; , VENÂNCIO Kelly Cristina Máxima Pereira, BARALDI Nayara Girardi B, DURKIN, Adelaide Caroci , RIESCO, Maria Luiza Gonzalez . COVID-19

and the production of knowledge regarding recommendations during pregnancy: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32609284/>>. Acesso em 12 dez. 2021.

NASCIMENTO, Amanda Rodrigues ; SILVA, Wirna Maria Alves da. A maternidade no cárcere: uma análise dos efeitos da privação de liberdade das genitoras e as implicações secundárias para a família. **Rev eletrônica Âmbito Jurídico**. 2019. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/a-maternidade-no-carcere-uma-analise-dos-efeitos-da-privacao-de-liberdade-das-genitoras-e-as-implicacoes-secundarias-para-a-familia/>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

NICHIATA, Lucia; MARTINS, Nádia; VIANA, Larissa; TORRES, Alisson; SILVA, Gabriela; OLIVA, Nicola; CORREA, Debora; SANTOS, Luana; DA SILVA, Irlaine. Prevalência De Infecções Sexualmente Transmissíveis Em Mulheres Privadas De Liberdade. **Saúde** (Santa Maria), v. 45, n. 1, p. 1-10, jan/ abr 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/333021405_Prevalencia_De_Infecoes_Sexualmente_Transmissiveis_Em_Mulheres_Privadas_De_Liberdade>. Acesso em: 12 dez. 2021.

ONU-ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A Agenda 2030**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. 2021. Acesso em: 18 jun. 2020.

PEIXOTO, Sérgio. **Manual de assistência pré-natal**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Pre_natal_25SET.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

PEREIRA, Simone Barbosa et al. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Rev Brasileira de Enfermagem**. 2018, v. 71, suppl 3 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/XYksDZmcHxdFTppBV87bxrn/?lang=en#>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

QUEIROZ, Nana. **Presos que menstruam**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Record, 2015. Disponível em: <<https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/centrocultural/Presos%20Que%20Menstruam%20-%20Nana%20Queiroz.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

SANTOS Milton. O Retorno do Território. In: SANTOS, Milton. et al. (org.). **Território: globalização e fragmentação**. São Paulo, SP: Hucitec, 1994, p. 15-20.

SUTHERLAND, Melissa A. Incarceration During Pregnancy. **Nursing for Women's Health**. v 17, n. 3, p. 225–30. 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751485115307601>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

TRIGUEIRO, Débora Raquel Soares Guedes; ALMEIDA, Sandra Aparecida; MONROE, Aline Aparecida; COSTA, Gilka Paiva Oliveira; BEZERRA, Valéria Peixoto; NOGUEIRA, Jornada de Almeida. AIDS and jail: social representations of women in freedom deprivation situations. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 4, p. 554-61. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mpp5WzCSTpdr7Lvpqk7yQdt/?lang=en>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humane prenatal care: beyond convergences and divergences. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 3, p. 359-367, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/tjL33nNk9PBMzSjxyJKqSsy/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health**. Copenhagen: Organization Regional Office for Europe; 2007. Disponível em: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

POSFÁCIO

Este livro materializou os resultados de uma proposta de capacitação que buscou garantir o aperfeiçoamento da atividade de profissionais da SEJUSP-MG que atuam em unidades prisionais, cuja natureza de trabalho, além da custódia, se destina ao tratamento médico-hospitalar.

Ao final, destaca-se que este livro representa o produto de um longo trajeto, construído com a contribuição de muitos profissionais que, em um momento ou em outro, estiveram envolvidos, de alguma forma, nesse projeto. São professores, secretários, subsecretários, superintendentes, diretores, coordenadores, servidores e profissionais que dedicaram parte de seu tempo a contribuir com a reflexão sobre o trabalho em um espaço, muitas vezes, esquecido e ainda rechaçado por grande parte da sociedade, em uma concepção errônea de que os espaços de privação de liberdade não fazem mais parte dela.

O projeto, uma vez concretizado, preparou e orientou os profissionais para ampliar as possibilidades de lidar com o indivíduo privado de liberdade que se encontra em situação de vulnerabilidade, ou seja, problemas de saúde física ou mental, particularmente o paciente judiciário ou presa gestante. Com destaque ao papel e responsabilidades do profissional no cumprimento de suas atividades diárias, com treinamento técnico e orientação de acordo com as demandas e/ou sugestões apresentadas, tal demanda surgia da inexistência, até então, de qualificação específica para o trabalho com este público.

Cabe recordar que a demanda de treinamento foi remetida em 2015 à Superintendência de Recursos Humanos, da atual Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais (SEJUSP-MG). Para que o projeto de capacitação se tornasse exequível, foi estabelecido diálogo, em um primeiro momento, com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES), tendo em vista contatos prévios para realização de parcerias em outras atividades da Diretoria de Atenção à Saúde do Servidor, da SEJUSP. Após algumas reuniões e discussões, sugeriu-se o contato e envolvimento com a Escola de Saúde Pública (ESP-MG), instituição com expertise no tema e responsável por qualificar os profissionais da saúde pública em Minas Gerais.

A partir daí, foi proposto pela ESP-MG um novo modelo de capacitação, pautada na escuta das equipes das unidades prisionais citadas, que mobilizasse discussões dos processos de trabalho em saúde, fluxos e redes possíveis, o que nos interessou bastante, visto que conhecemos a complexidade do trabalho no sistema prisional.

Enfatizou-se que a lógica de capacitação proposta inicialmente, com temas préformatados, não geraria tantos resultados e que seria necessário inverter a lógica de educação, com o objetivo de construir temáticas juntamente com as equipes de saúde, atendimento, administrativa e de segurança das unidades de custódia e tratamento, captando potenciais nos próprios locais de trabalho e adequando a oferta ao que seria realmente demandado.

A criação de um grupo de trabalho composto por profissionais da SEJUSP, da SES e da ESP-MG garantiu o desenvolvimento desta parceria. A partir desse momento, restou acordada a construção de um projeto de intervenção com o objetivo de possibilitar o desenvolvimento

da educação permanente em saúde, compatível com o contexto laboral de cada local em suas particularidades.

O processo árduo de construção, articulação e desenvolvimento de conteúdos e metodologias de ensino que se deu, desde então, permitiu aliar o conhecimento prático com o conhecimento teórico dos docentes, de modo a produzir um novo olhar sobre o trabalho e trazer novos instrumentos teóricos e práticos para o atendimento dos indivíduos privados de liberdade no dia a dia. Além disso, as conexões entre servidores de distintos estabelecimentos produziram trocas acerca da atividade, contribuindo para a solução de problemas encontrados em seu cotidiano, como demonstrado no discorrer dos capítulos.

Foi grande o mérito desse projeto de reconhecer e valorizar o conhecimento dos trabalhadores que operam o sistema prisional. Trabalhadores, estes, que, entre muitos desafios e obstáculos, historicamente presentes, investem sua energia na solução de problemas e na busca por um trabalho de qualidade. Esperamos que, com essa obra, possamos contribuir de alguma maneira com o reconhecimento desses profissionais e com o trabalho diário de muitos que atuam nessa área.

Rodrigo Padrini Monteiro
(Coordenador do Núcleo de Atenção Biopsicossocial)

Vilene Eulálio de Magalhães (Diretora)
Diretoria de Atenção à Saúde do Servidor da SEJUSP-MG



GALERIA

Fotografias













A black and white photograph of a prison wall. The wall is light-colored and has two small, square windows with metal grates. Above the windows, a quote is written in bold, black, sans-serif capital letters. The quote reads: "LIBERDADE É UMA PALAVRA QUE O SONHO NÃO HÁ NINGUÉM QUE EXPLIQUE E NINGUÉM". The wall is topped with a single layer of barbed wire. In the background, there are some trees and a building. The foreground is a dark, paved area, possibly a courtyard or walkway. The overall tone is somber and reflective.

**"LIBERDADE É UMA PALAVRA QUE O SONHO
NÃO HÁ NINGUÉM QUE EXPLIQUE E NINGUÉM**

HO HUMANO ALIMENTA,
EM QUE NÃO ENTENDA.

CECÍLIA MEIRELES

ISBN: 978-65-89122-15-9



**Escola de Saúde Pública do Estado
de Minas Gerais**

   /escoladesaudemg

 /escolasaudepublicamg

www.esp.mg.gov.br

Av. Augusto de Lima, nº 2061,
Bairro Barro Preto. CEP: 30190-009
Belo Horizonte/MG

**Secretaria de Estado de Justiça
e Segurança Pública**

 /seguranca.minas

www.seguranca.mg.gov.br

Cidade Administrativa
Rodovia Papa João Paulo II
Bairro Serra Verde - Edifício Minas

Avenida Afonso Pena, 984,
Centro, Belo Horizonte/MG