



ANDERSON ANTÔNIO GONZAGA

**Desafios para a organização da saúde prisional no município de São Joaquim de Bicas:
um relato de experiência.**

Belo Horizonte/MG

2018

ANDERSON ANTÔNIO GONZAGA

**Desafios para a organização da saúde prisional no município de São Joaquim de Bicas:
um relato de experiência.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª. Viviane Souza Maciel de Almeida

G642d	<p>Gonzaga, Anderson Antônio. Desafios para a organização da saúde prisional no município de São Joaquim de Bicas: um relato de experiência. / Anderson Antônio Gonzaga. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.</p> <p>36 p.</p> <p>Orientador(a): Viviane Souza Maciel de Almeida.</p> <p>Projeto de Intervenção (Especialização) em Saúde Pública.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Direito a saúde. 2. Legislação. 3. Saúde prisional. I. Almeida, Viviane Souza Maciel de. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.</p> <p>NLM WA 300</p>
-------	--

ANDERSON ANTÔNIO GONZAGA

**Desafios para a organização da saúde prisional no município de São Joaquim de Bicas:
um relato de experiência.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de
Saúde Pública de Minas Gerais como requisito para
obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde
Pública.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora:

Mariana Alencar Sales

Mestre em Ciência Política

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais

Lírica Salluz Mattos Pereira

Mestre em Enfermagem

Universidade Federal de Minas Gerais

Viviane Souza Maciel de Almeida

Mestre em Saúde Pública

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte/MG

2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, a Jesus autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora dá angústia, a minha esposa e meus filhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades, por minha vida, família e amigos, que permitiram que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitário, mas que em todos os momentos.

Agradeço aos meus filhos e a minha esposa Lidiane, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço

Desafios para a organização da saúde prisional no município de São Joaquim de Bicas: um relato de experiência.

Resumo

Por volta da década de 1980, no Brasil, ocorreram mobilizações sociais em virtude de carência no atendimento e assistência de saúde a população, devido a restrição de acesso que era vinculado a contribuição previdenciária. Para a classe mais desfavorecida economicamente e não vinculada a previdência nacional, não eram garantidos os serviços de saúde pública. A partir disso construiu-se uma proposta de um sistema de saúde que se garanta o direito ao acesso sustentado na universalidade, integralidade e equidade, sem discriminação independente de sua condição social, econômica, cultural e jurídica. Para atender as especificidades do Sistema Prisional, em ação integrada os Ministérios da Saúde e da Justiça, elaboraram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Esse plano traz diretrizes operacionais e direciona o financiamento para as ações de saúde, para ser implantado. Nasce da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP, como resultado de um grande e aclamado consenso dos gestores de município, estados e da União. Esse trabalho presente utilizou como metodologia relato de experiência e pesquisa de revisão bibliográfica visou analisar desafios para a organização da saúde prisional no município de São Joaquim de Bicas, sob a égide da legislação pertinente e contribuir para avaliação das possibilidades de gestão da saúde no sistema prisional no município de São Joaquim de Bicas, sem pretensão de solucionar os problemas, mas visando ampliar o escopo de análise. O cenário indica, então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão a princípio, sem mudanças no modelo de gestão. Considera-se que a adesão ao PNAISP pelo município de São Joaquim de Bicas, cidade localizada na região metropolitana de Belo Horizonte, com estado de Minas Gerais pode ser uma iniciativa para abertura de novas possibilidades administrativas, indispensável para a consolidação da integralidade da atenção e o reconhecimento da necessidade de se consolidar parcerias intersetoriais para alcance desse impasse. A operacionalização desse processo demanda a construção de mecanismos ágeis e eficientes de relação e gestão intergovernamentais. Essa articulação tem dois componentes: um primeiro entre os níveis de governo, ou seja, entre a União, estados e municípios, e um segundo, entre o município e unidade prisional.

Abstract

Around the 1980s, in Brazil, social mobilizations occurred due to lack of care and health care for the population, due to the restriction of access that was linked to the social security contribution. For the economically disadvantaged class and not linked to national welfare, public health services were not guaranteed. Based on this, a proposal was made for a health system that guarantees the right to access based on universality, completeness and equity, without discrimination regardless of its social, economic, cultural and legal status. In order to meet the specificities of the Prison System, in an integrated action, the Ministries of Health and Justice elaborated the National Health Plan in the Penitentiary System (PNSSP). This plan provides operational guidelines and directs funding for health actions to be implemented. The National Policy for Integral Attention to the Health of Persons Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP) was born as a result of a great and acclaimed consensus of the municipal managers, states and the Union. This present work used as a methodology experience report and bibliographic review research aimed at analyzing challenges for the organization of prison health in the municipality of São Joaquim de Bicas, under the aegis of the pertinent legislation and contribute to the evaluation of the possibilities of health management in the prison system in the municipality of São Joaquim de Bicas, without pretension to solve the problems, but aiming to broaden the scope of analysis. The scenario then indicates the need for change. Changes in the attention model that will not be made at first, without changes in the management model. Adherence to the PNAISP by the municipality of São Joaquim de Bicas, a city located in the metropolitan region of Belo Horizonte, with state of Minas Gerais, is considered to be an initiative to open new administrative possibilities, indispensable for the consolidation of the integrality of attention and the recognition of the need to consolidate intersectoral partnerships to achieve this impasse. The operationalization of this process demands the construction of agile and efficient mechanisms of intergovernmental relation and management. This articulation has two components: a first between the levels of government, that is, between the Union, states and municipalities, and a second, between the municipality and the prison unit.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	09
2 Metodologia.....	11
3 Objetivos.....	12
4 Contextualização.....	12
5 Desenvolvimento.....	24
6 Conclusão.....	28
Referência.....	30

1 - INTRODUÇÃO

Em cada momento histórico de cada sociedade, forças sociais se aliam ou se enfrentam na defesa uma determinada realidade e o grau que essas transformações podem atingir. A dinâmica que dá vida a esse processo é a disputa pela hegemonia, o confronto entre modos de conceber a realidade e agir sobre ela. São os projetos de hegemonia que força social (RUMMERT, 2000).

Por volta da década de 1980, no Brasil, ocorreram mobilizações sociais em virtude de carência no atendimento e assistência de saúde a população, devido a restrição de acesso que era vinculado a contribuição previdenciária. Para a classe mais desfavorecida economicamente e não vinculada a previdência nacional, não eram garantidos os serviços de saúde pública. (8ª Conferência Nacional da Saúde, 1986)

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, é considerada um marco na história das tratativas dos eixos temáticos: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor. A conferência teve como objetivo de realizar a construção de uma proposta de um sistema de atendimento que atendesse as necessidades da população que garanta-se o direito ao acesso à saúde sustentado pelo tripé: universalidade, integralidade e equidade; reuniram em Brasília cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde. (BRASIL, 1986)

A constituição Federal de 1988, no artigo 196, na Seção II preconiza a saúde como direito de todos e dever do Estado, visando à redução dos riscos de doenças e de outros agravos mediante políticas sociais e econômicas, bem como acesso universitário e igualitário (BRASIL, 1988).

Como resultado das mobilizações e promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 criou o Sistema único de Saúde – SUS de acesso universal, igualitário e integral com caráter

público formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle de seus usuários. Legitimando a todos, sem qualquer discriminação, as ações de saúde sob responsabilidade do Estado.

Dessa forma, o direito a um atendimento de saúde adequado está previsto no artigo 196 da Constituição Federal. Todos os códigos de ética de profissionais da área também ressaltam a importância de prestar um atendimento de qualidade sem nenhum tipo de discriminação. A não discriminação pressupõe a assistência à população independente de sua condição social, econômica, cultural e jurídica.

De acordo com a Lei de Execuções Penais (LEP) – Lei Nº 7.210 de 1984, que regulamenta o cumprimento das penas restritivas de liberdade e inclui orientações detalhadas, determinando que os presos sejam classificados e separados por sexo, antecedentes criminais, status legal (condenados ou aguardando julgamento). Ela assegura alimentação, vestuário, instalações higiênicas, atendimento médico, assistência jurídica, assistência educacional e preservação dos direitos não atingidos pela perda de liberdade.

Assim, esses dispositivos incluem a pessoa privado de liberdade o direito a assistência à saúde. Ainda que haja um estigma institucional e social que culturalmente desvincula o sujeito privado de liberdade do direito de assistência a saúde. Visto que em nossa sociedade apresenta uma pré disposição se acomodar com princípio da justiça redistributiva: infringir ao desviante um mal causado, portanto, observa-se que, culturalmente, o apenado com privação de liberdade de ir e vir, tende a ser alvo do cerceamento dos demais direitos.

Para atender as especificidades do Sistema Prisional em ação integrada os Ministérios da Saúde e da Justiça elaboraram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) – Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, de 09 setembro de 2003, aprovada na Comissão Intergestores Tripartite e na 12ª Conferência Nacional de Saúde, a portaria prevê a atenção à saúde da população confinada a liberdade nas unidades prisionais, bem como, prevendo o suporte econômico aos municípios que aderissem ao PNSSP. A importância da adesão dos municípios onde há estabelecimento prisional, ao plano, visa um recurso

financeiro do estado ao município e gerar uma possibilidade de melhora na estrutura e organizativa e operacional do município quanto aos serviços serem prestados.

A proposta do PNSSP é, essencialmente, reduzir as diferenças entre a vida intra e extramuros visando ao bem estar físico e psíquico da população (masculina, feminina e psiquiátrica) confinadas em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, com atenção aos problemas de saúde básicos. Objetivando garantir a assistência da população penitenciária ao SUS, com isso, o direito à cidadania se efetivasse em uma perspectiva de direitos humanos.

Nasce da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP, como resultado de um grande e aclamado consenso dos gestores de município, estados e da União, aprovou-se a PNAISP, que em sua concepção obedece aos princípios basilares do SUS da universalização, do acesso à saúde, da integralidade da atenção e da equidade em saúde; além dos princípios normativos de descentralização e participação popular. Essa nova política foi construída de forma democrática e participativa com a presença de gestores, de trabalhadores em serviços penais, da academia e da sociedade civil organizada, tendo sido pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS); além de ser acolhida favoravelmente pelo Conselho Nacional de Secretários de Justiça (CONSEJ) e pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A integralidade, assim como a universalidade, é uma das bandeiras de luta do Movimento Sanitário. Funciona como uma “**imagem-objetivo**”, como uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características predominantes (MATTOS, 2004).

Frente ao exposto, o presente trabalho propõe analisar sobre os desafios para a organização da saúde prisional no município de São Joaquim de Bicas na assistência às pessoas privadas de liberdade.

2 - METODOLOGIA

O presente utilizou como metodologia relato de experiência e pesquisa de revisão bibliográfica, com busca on-line, mediante levantamento na Base de dados da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Online SciELO e LILACS e, outras fontes de pesquisa como dissertações, teses, documentos normativos e leis. Os descritores utilizados foram: direitos à saúde; legislação; saúde prisional.

3 – OBJETIVO

Objetivo geral:

- Analisar os desafios para a organização da saúde prisional no município de São Joaquim de Bicas, sob a égide da legislação pertinente.

Objetivos específicos:

- Contextualizar a legislação vigente para assistência à saúde da pessoa privada de liberdade no estado de Minas Gerais;
- Discutir a atual situação em relação a assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade no município de São Joaquim de Bicas.
- Analisar os desafios relacionados sobre garantia do direito à saúde no contexto prisional.

4 - CONTEXTUALIZAÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), adotada desde 1948 preconiza, em seu artigo 25, 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 [...]”(ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 1998).

A história sobre o direito à saúde do preso pode ser contada a partir do olhar sobre o conjunto de declarações, tratados e outros instrumentos que tratam dos direitos humanos no âmbito internacional através, além da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) já citada, são eles: “o Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (1976) e o Pacto de São José da Costa Rica (1978), as Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos (1955)

e, a mais recente, o Protocolo Facultativo à Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (2002)” (SALES, 2017).

Para além da defesa da saúde como um bem público e um direito de todos, ampliou-se o conceito do processo saúde doença, passando a considerar que todos os determinantes sociais, como educação, habitação, meio ambiente, dentre outros, interferem diretamente nele (TEIXEIRA, 2009).

O direito à saúde no Brasil é previsto para a população presa desde o início da década de 80, a partir da Lei de Execuções Penais, ou seja, antes mesmo da instituição da universalização do mesmo no país, o Estado brasileiro já era responsável por promover a assistência em saúde a esta população (SALES, 2017).

Sendo promulgada em setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, lei 8.080, que espelhada no texto constitucional, considerou a saúde novamente como direito fundamental. Já em dezembro do mesmo ano, foi criada para complementar a Lei Orgânica, a Lei 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990).

No percurso de construção do SUS, acompanharam-se avanços no sentido de organização da saúde. Aliados as questões atuais advindas das reorganizações sociais, novas demandas se somam as antigas, que o SUS em sua concepção traz a defesa de uma perspectiva ampliada de saúde (não é só ausência de doenças), onde a saúde preza e busca o bem estar físico, psíquico, a qualidade de vida, quando a lógica da punição do sistema prisional tende a trabalhar com a produção do sofrimento como mecanismo para a recuperação ou reconhecimento do crime. Sendo isso um grande desafio com obstáculo na produção da saúde dentro das unidades prisionais.

No Brasil o direito a saúde foi legalmente reconhecido na Constituição de 1988, Artigo 196 onde preconiza: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990).

Sendo possível ter boas condições de vida nas condições que se encontram as pessoas no sistema (estrutura física, lotação, ambiente insalubre, ausência de trabalho, educação, os impactos e preconceitos que o sistema impõe na vida da pessoa, insegurança de como está a familiares, filhos e amigos. Ainda assim, o que a saúde pode e consegue fazer para minimizar esses problemas e tentar produzir outro sentido na vida dessas pessoas, ser uma referência de escuta, prevenir e tratar doenças, evitar mortes e complicações.

Ao longo dessas últimas décadas, houve mudança na sensibilidade governamental em relação às pessoas privadas de liberdade, a ponto de se realizar normativas no sentido de assegurar o direito à saúde dessa parcela da população brasileira, conforme publicações legislativas:

1. Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;
2. Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
3. Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;
4. Considerando a Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;
5. Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
6. Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
7. Considerando a Portaria Interministerial nº 1.679/MS/MJ/MDS/SDH/SPM/SEPPIR, de 12 de agosto de 2013, que institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional;
8. Considerando as recomendações e moções constantes nos relatórios finais da 12ª, 13ª e 14ª Conferência Nacional de Saúde.

A assistência à saúde a pessoa privada de liberdade está prevista no art. 14 na Lei de Execução Penal – LEP de 1984 e visa prevenir e remediar os problemas de saúde que possam acometer o apenado. O ambiente prisional é, por natureza, dotado de um maior risco para o surgimento de determinadas doenças. Embora apenas em 2003, em decorrência da crescente necessidade e urgente busca de soluções aos problemas relacionados à saúde de indivíduos em reclusão, uma portaria interministerial nº 1.777/MS/MJ consagrou a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do SUS.

A função do Estado Penal é garantir a segurança, seja a pública ou jurídica, bem como, garantir a segurança social, mantendo a tutela punitiva e a proteção à incolumidade da pessoa, que não se restringe somente ao aspecto físico, mas protegendo também a saúde psíquica, mental e intelectual do indivíduo condenado que se encontra sob a custódia do poder público.

A regulamentação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) através da Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, de 9 setembro de 2003 é sustentada por dois marcos legais inestimáveis para a garantia do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade: a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 1990 que institui o Sistema Único de Saúde. (Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, 2003)

O PNSSP regulamenta a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos e incentivo financeiro após a adesão ao plano, para que o direito previsto em lei seja efetivado, foi criado o incentivo financeiro para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, que deverá ser compartilhado entre os gestores da saúde e da justiça das esferas de governo, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o equivalente a 70% dos recursos e os demais 30%, ao Ministério da Justiça. Este incentivo é um componente variável do Piso de Atenção Básica, que é composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa aos incentivos de ações estratégicas da própria atenção básica destinada às populações específicas (PNSSP, 2003).

O incentivo será repassado em conformidade com o número de equipes implantadas nas unidades prisionais, ou seja, o incentivo destinado às unidades com mais de 100 pessoas presas, nas quais deverá ser implantada uma equipe para cada grupo de até 500 presos, corresponde a R\$ 40.008,00/ano por equipe. Para as unidades com até 100 pessoas presas, o incentivo será de R\$ 20.004,00/ano por estabelecimento, em virtude de que os profissionais de saúde atuantes nestas unidades pertencerão à Secretaria Municipal de Saúde com carga horária menor à das equipes atuantes nas unidades com mais de 100 presos. (PNSSP, 2003).

Em poucas palavras, para qualificar-se ao PNSSP o estado tem que elaborar um POE contando com a assessoria da SISPE/MS para tanto – e submetê-lo ao Conselho Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite. Caso essas instâncias aprovem o POE, o estado deve cadastrar os profissionais das Equipes de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário (EPEN) no CNES e solicitar um laudo da vigilância sanitária nas unidades prisionais em que as EPEN vão trabalhar, enviando ao MS comprovantes desses atos governamentais e de seus resultados (SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL, 2010)

Considerando a variação do custo da assistência em saúde para ampliar e assegurar a cobertura dos procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar na Programação Pactuada Integrada/PPI-MG, destinados à população privada de liberdade do Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais, instituiu-se a DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 623, DE 03 DE FEVEREIRO DE 2010:

“Art. 1º Fica aprovada a revisão financeira para cobertura dos procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar na Programação Pactuada Integrada/PPI-MG, destinados à população privada de liberdade incluída no Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais.(grifo nosso)

Art. 2º O valor total do recurso financeiro a ser incorporado na PPI/MG, no Teto MAC dos municípios que possuam Unidade Prisional, é de R\$ 3.717.808,61 (três milhões, setecentos e dezessete mil, oitocentos e oito reais e sessenta e um centavos) /ano, de origem federal, teto MAC, sendo que: (grifo nosso)

I - o montante de R\$1.045.528,00 (um milhão, quarenta e cinco mil, quinhentos e vinte e oito reais)/ano já se encontra alocado na PPI do Plano Presídio; e

II - R\$ 2.672.280,61 (dois milhões, seiscentos e setenta e dois mil, duzentos e oitenta reais e sessenta e um centavos)/ano têm origem no Fundo Estadual/Câmara de Compensação.

§1º Do montante de R\$2.672.280,61 (dois milhões, seiscentos e setenta e dois mil, duzentos e oitenta reais e sessenta e um centavos), R\$471.487,94 (quatrocentos e setenta e um mil, quatrocentos e oitenta e sete reais e noventa e quatro centavos) têm origem no inciso II do art. 1º da Deliberação CIB-SUS/MG nº 615, de 09 de dezembro de 2009; e R\$2.200.792,67 (dois milhões, duzentos mil, setecentos e noventa e dois reais e sessenta e sete centavos) têm origem no § 2º do art. 2º da Resolução SES-MG nº 1.888, de 27 de maio de 2009.”

Logo a seguir, a tabela mostra descrições de valores que é destinado ao município de São Joaquim de Bicas, referente ao fornecimento de saúde para alta e media complexidade sobre a População PPI: refere-se à ocupação total de presos por Unidade a ser considerada para o repasse dos recursos previstos, bem como, a consideração da capacidade da unidade prisional.

Estabelecimento Penal	Instrutura/Capacidade	População PPI *	Valor alocado R\$ Para Média Complexidade	Valor alocado R\$ Para Alta Complexidade
Presídio de São Joaquim de Bicas I	920	2068	R\$ 129.051,00	R\$ 256.542,00
Presídio de São Joaquim de Bicas II	680	1403		
Penitenciária Prof. Jason Soares Albergaria	396	429		
Total	1996	3.900		

Considerando que o processo de implantação dos princípios do SUS tem exigido a introdução de mudanças significativas nas práticas profissionais, bem como nas formas de relacionamento das instituições responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde. Parte-se do pressuposto que a descentralização, por suas implicações políticas, técnicas, financeiras e gerenciais, poderá ser o princípio viabilizador das demais diretrizes do sistema.

O Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto integrante da Rede de Atenção à

Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 14. A adesão municipal à PNAISP será facultativa, devendo observar os seguintes critérios: (grifo nosso)

§ 2º Ao Município que aderir a PNAISP será garantida a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo financeiro, que será objeto de ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 17. Compete ao Distrito Federal e aos Municípios, por meio da respectiva Secretaria de Saúde, quando aderir à PNAISP:

I - executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade referenciada em sua pactuação;

II - coordenar e implementar a PNAISP, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais;

III - elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP junto com a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Justiça, Administração Penitenciária ou congêneres, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com os Planos Estadual e Regionais de Saúde e os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

IV - cadastrar, por meio dos programas disponíveis, as pessoas privadas de liberdade no seu território, assegurando a sua identificação no Cartão Nacional de Saúde;

V - elaborar e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;

VI - implantar e implementar protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados;

VII - monitorar e avaliar, de forma contínua, os indicadores específicos e os sistemas de informação da saúde, com dados produzidos no sistema local de saúde;

VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações na esfera municipal e/ou das regionais de saúde, com especial atenção na qualificação e estímulo à alimentação dos sistemas de informação do SUS;

IX - promover, junto à população do Distrito Federal ou do Município, ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a PNAISP;

X - fortalecer a participação e o controle social no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação de programas e ações no âmbito do Conselho de Saúde do Distrito Federal ou do Município e nas demais instâncias de controle social existentes no município; e

XI - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP e a articulação do SUS na esfera municipal.

O PNAISP é fruto da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), quando se constatou o esgotamento deste modelo, que se mostrou restrito por não contemplar em suas ações, entre outras coisas, a totalidade do itinerário carcerário – delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e, tampouco, penitenciárias federais, conforme publicação no site: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>.

Em 1º de abril de 2014 foi criada a PORTARIA Nº 482, que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se da criação de política atenção integral visando tanto as diretrizes que interessam tanto aos profissionais da ponta que vão executar a ação quanto ao gestor que precisa prever ou mesmo promover tal ação e, portanto, garantir recursos.

Art. 4º Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal aos entes federativos que aderirem à PNAISP.

§ 1º **O valor do incentivo financeiro de custeio para as ações e serviços de saúde da PNAISP será calculado de acordo com a classificação e o número de equipes de cada serviço habilitado**, observando-se os valores constantes no Anexo I, a serem repassados de acordo com a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde. (grifo nosso)

§ 2º Ao Estado será garantida uma complementação dos valores referidos no "caput", a título de incentivo adicional, que será definido de acordo com a taxa da população prisional em relação à população geral do Município e o respectivo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) do Município onde estiver localizada a equipe habilitada, publicado pelo Ministério da Saúde no exercício anterior ao de referência para pagamento, e observará a tabela constante no Anexo II.

§ 3º **Ao Município que aderir à PNAISP será garantida uma complementação aos valores referidos no "caput", a título de incentivo adicional, que será definido de acordo com a taxa da população prisional em relação à população geral do Município e o respectivo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)**, publicado pelo Ministério da Saúde no exercício anterior ao de referência para pagamento, e observará a tabela constante no Anexo III. (grifo nosso)

A liberação do recurso financeiro regulamentado nas portarias, acima citadas, exige o registro da unidade prisional no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Os Ministérios da Saúde e da Justiça repassam o incentivo financeiro para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, para custeio das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde (médico,

dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar consultório dentário, psicólogo e assistente social) dentro da unidade prisional.

A cidade de São Joaquim de Bicas/MG, localizada na região metropolitana de Belo Horizonte, foi emancipada em 1997 e tem atualmente uma área de 72,03 Km², não possui habilitação para gestão plena do sistema municipal – GPSM fornece atividades de saúde no nível de atenção básica e média complexidade, composto de unidades básicas de saúde, uma policlínica e uma Unidade de Pronto Atendimento e sua população são de aproximadamente 29674 habitantes, com renda PIB per capita de R\$17.828,56, dados de 2015. (Disponível <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-joaquim-de-icas/panorama>) consulta realizada em 12-02-2018 as 17:00h.

Logo a seguir, o mapa mostra a localização do município de São Joaquim de Bicas dentro da região metropolitana de Belo Horizonte.



<http://www.agenciambh.mg.gov.br/perfil-politico/> consulta realizada em 12-02-2018 as 17:00h.

O município de São Joaquim de Bicas possui inserção em diferentes regionalizações do estado:

- ✓ Mesorregião: Metropolitana de Belo Horizonte
- ✓ Microrregião: Belo Horizonte
- ✓ Região de Planejamento: Central
- ✓ Territórios de Desenvolvimento: Metropolitano
- ✓ Microterritórios de Desenvolvimento: BETIM
- ✓ Região ampliada de Saúde (Macrorregião): Centro (Belo Horizonte/Sete Lagoas)
- ✓ Região da Saúde (Microrregião): Betim
- ✓ Polo Regional da Secretaria de Educação: Central
- ✓ Superintendência Regional de Ensino: Metropolitana B
- ✓ Superintendência Regional da Fazenda: Contagem
- ✓ Unidade Regional de Conservação: Rio Paraopeba
- ✓ Administração Fazendária: Betim
- ✓ Comarca: Igarapé
- ✓ Região Integrada de Segurança Pública: 2ª RISP
- ✓ Batalhão: 7ª CIA PM IND
- ✓ Delegacia: 5ª DRPC (Juatuba)
- ✓ Regional da SEDESE: Belo Horizonte

(dados retirados no site: <http://imrs.fjp.mg.gov.br/Perfil/PerfilMunicipal?id=738>) consulta realizada em 12-02-2018 as 17:00h.

O indicador de gasto com saúde revela o grau de comprometimento das receitas próprias municipais com as ações relacionadas à política de saúde. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) expõe, no art. 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Como forma de garantir recursos para o financiamento dessa política pública, a EC nº 29/2000, regulamentada recentemente pela Lei Complementar 141/2012, definiu que os municípios deveriam alocar no mínimo 15% de suas receitas de impostos e transferências de impostos nas ações de saúde. Com isso, além da proteção dada a essa área de política pública, a Constituição cria mecanismos para fortalecer o processo de descentralização de assistência a saúde. <http://imrs.fjp.mg.gov.br/Perfil/PerfilMunicipal?id=738>) consulta realizada em 12-02-2018 as 17:00h.

Com a política descentralização de assistência as saúdes, os municípios, por serem os entes federados mais próximos dos cidadãos, se tornam responsáveis por garantir uma assistência pública de saúde com mais efetiva no atendimento às necessidades básicas da população. (<http://imrs.fjp.mg.gov.br/Perfil/PerfilMunicipal?id=738>) consulta realizada em 12-02-2018 as 17:00h.

Pelo princípio da regionalização fica estabelecido que o município deva ser o primeiro e o maior responsável pelas ações de saúde da população em seu território.

A integração das equipes de SF na rede municipal e estadual de serviços de saúde é condição *sine qua non* para que as equipes possam exercer seu papel de responsabilidade sanitária mediante a população de um território área.

No município de São Joaquim de Bicas existem 3 (três) unidades prisionais de responsabilidade de custódia do governo do Estado de Minas Gerais que atualmente custodiam aproximadamente 5(cinco) mil presos do sexo masculino e feminino.

Uma das formas de observar o avanço da implantação do PNSSP e a melhoria do acesso da população prisional brasileira às ações e serviços de saúde é através da análise da evolução da implantação de equipes de saúde prisional no país. Em 2007, considerando a população carcerária da época, o Ministério da Saúde definiu um teto de 782 equipes a serem implantadas através do PNSSP. Assim, em 2004, um ano após a publicação da segunda versão do PNSSP, o Brasil contava com 76 equipes de atenção a saúde prisional. Ao final de 2011 o país encontrava-se com 21 estados brasileiros, mais o Distrito Federal, habilitados ao plano nacional, contando no total com o número de 249 equipes de saúde prisionais cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 22, conforme podemos observar na tabela 01. Mesmo com um teto já defasado, uma vez que de 2007 à 2011 foi observado um crescimento de aproximadamente 40,5% da população prisional brasileira, os dados apresentados acerca da implantação das equipes representam somente 31,8%% da meta prevista. (SALES, 2013)

Tabela 1. Evolução do número de Equipes de Atenção a Saúde no Sistema Penitenciário, Brasil 2011.

Ano	Nº Equipes
2004	76
2005	171
2006/7	174
2008	199
2009	215
2010	247
2011	249

Fonte: LADEIRA, 2012

(SALES, 2013)

Tabela 2. Cobertura das Equipes de Atenção a Saúde no Sistema Penitenciário por estado habilitado ao PNSSP, Brasil 2011.

Estados Habilitados	Total de equipes	Pop. Sist. Pen.	Cobertura ²⁴ (%)
Minas Gerais	23	41.569	27,66% (SALES, 2013)

Em relação à Penitenciária Professor Jason Soares Abergaria, inaugura em 28/11/2003, estruturada para 396 presos, em momentos já teve com 850 presos, com custódia de presos do sexo masculino, feminino e gêneros LGBT contam com equipes de saúde multiprofissionais de atenção básica com adesão aos programas do ministério da saúde. Entre as ações desenvolvidas estão o controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da mulher; acrescidas de ações de saúde mental, DST/AIDS, ações de redução de danos, repasse da farmácia básica e realização de exames laboratoriais, com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES com características:

- Atividade: ambulatorial
- Nível de Atenção: atenção básica

- Gestão: estadual
- Convênio: SUS (CNES/MS, 2016)

Em seu contexto utiliza os seguintes sistemas de informações:

- Sistema Integrado de Informação Penitenciária – INFOPEN
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN
- Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB
- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIASUS
- Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
- FormSUS (MINISTERIO DA SAÚDE E DA JUSTIÇA, 2016)

Trata-se de unidade prisionais sob custódia estadual em território municipal, o que demanda a necessidade de compartilhamento de responsabilidades para assistência a saúde dessa população.

5 – DESENVOLVIMENTO

A população prisional se apresenta, devido às condições de confinamento em que se encontra expostas, um elevado risco de disseminação de agravos na saúde necessita uma melhora na organização das relações da atenção primária com o sistema da central de regulação, e as, as Redes de Atenção à Saúde e a Regulação Assistencial. Parte-se do pressuposto que, a gestão do Plano Operativo Estadual é de responsabilidade da Secretária Estadual de Saúde/SES juntamente a Secretaria Municipal de Saúde onde a unidade prisional está inserida. Esta gestão tem o objetivo de viabilizar: a ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde; surgimento de vagas reguladas pela central de regulação do SUS; qualificação das equipes/pessoas; ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação e ações de prevenção e de redução de danos.

A adesão municipal ao Plano é facultativa ao município. A transferência do incentivo financeiro aos entes federativos que aderirem a PNAISP demandará a formação da equipe de saúde para atuar no âmbito do sistema prisional, conforme registrado anteriormente.

Tendo em vista que a operacionalização desse processo apresenta a necessidade de construção de mecanismos que auxiliem agilidade e a eficiência de relação e gestão intergovernamentais, essa operacionalização tem dois componentes: o primeiro entre os níveis de governo, ou seja, entre a União, estados e municípios, e o segundo, entre o município e unidade prisional.

No relato de um técnico do Ministério da Saúde pode-se observar que o mesmo analisa as dificuldades de implementação pelos municípios ao plano, bem como, as vantagens advindas da pactuação. *Parte extraída do artigo: Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: o desenvolvimento da política e os reflexos no déficit de acesso aos serviços de saúde. (Salles 2013).*

*“A declaração de um técnico do Ministério da Saúde entrevistado, a seguir, é ilustrativa a respeito do processo de implementação do PNSSP, levantando vários dos aspectos envolvidos: (...) temos um discurso de uma política de saúde penitenciária, mas que na verdade, operacionalmente ele é um plano. **E como um plano, com todas suas vicissitudes e do formato que ele foi construído de 2003 até hoje, ele caminha paralelo ao SUS, como um subsistema e com um subfinanciamento da saúde, e a gente precisa melhorar isso aí.** (...) Então a gente tá dialogando com vários setores aqui dentro e junto com movimentos sociais e junto com outros ministérios como a gente vai mudar esse formato do plano para a política, porque efetivamente a gente caminharia dentro do SUS, **saindo um pouco da marginalidade que a gente se encontra hoje – até o plano é marginal, né (risos) – sair dessa marginalidade e entrar dentro realmente do sistema de saúde. E como a gente se vê enquanto um plano, enquanto uma política de saúde prisional com um cliente que é o Ministério da Justiça. Então as coisas vão dar uma mudança nesse sentido. Estamos agindo de uma forma muito audaciosa. Estamos querendo sair de uma lógica que durante 8 anos a gente não conseguiu estabelecer orientações claras e as organizações surgiram de diversas formas. Então a gente tem equipes de saúde formadas pela justiça; equipes de saúde formadas pela saúde; equipes de saúde formadas pela saúde e pela justiça, juntas para montar uma equipe. Hoje a gente tem o entendimento, junto com o Ministério da Justiça, e eles são grandes parceiros nisso, de que a responsabilidade sanitária pelas ações e serviços de saúde é do SUS. Então a gente vai trazer essa lógica que vai causar mudanças ao longo prazo. (...) Porque não só o sistema prisional, mas a saúde prisional vive uma crise, então a gente precisa ver como a gente vai sair dessa crise e entrar realmente numa responsabilidade nossa pra essa saúde aí, porque chega desses formatos que não garantem a atenção à saúde de forma eficaz para população prisional, efetiva, e também isso se reflete na gestão, a gente vê não execução de recursos, a gente vê má gestão nos equipamentos de saúde, falta de profissionais. (Entrevistado 4, 2012; grifo nosso).**”*

Devido ao crescimento populacional municipal projetado associado ao migratório, somado a esse fator o aumento da população carcerária, conforme divulgado amplamente pelos meios midiáticos observa-se o aumento significativo da população assistida pelo município de São Joaquim de Bicas. Inferi-se a ocorrência do aumento dos gastos municipais com assistência a saúde, dessa forma percebe-se que a proporção da arrecadação municipal legalmente destinada aos gastos com a saúde não atendem as necessidades reais.

Percebe-se a assistência a saúde fornecida à população carcerária mesmo sem adesão do município ao PNAISP gera:

- Atendimento de urgência e emergência;
- Observação e Internação;
- Ações para detecção e tratamento de tuberculose;
- Ações imunizações;
- Execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Suporte técnico.

Essa adesão ao PNAISP poderá atenuar a despesa financeira ao município em relação aos gastos com a saúde, considerando que o recurso arrecadado com a pactuação pode ampliar ou melhorar a estrutura tecnológica, minimizando os impactos causados pela atenção fornecida à população carcerária e, eventualmente, aos seus familiares quando em visita aos reclusos:

- Aumento na demanda de atendimento de média e alta complexidade;
- Sobrecarga orçamentária de saúde municipal;
- Falta de equipes mínimas no interior das unidades, acarretando aumento das demandas por atendimento de média e alta complexidade nas Unidades de Pronto Atendimento.

Pode ser observado o reflexo da não pactuação do PNAISP pelo município, pode ser notado na população carcerária quanto a dificuldade para a efetivação de atendimentos gerais e específicos, a exemplo:

- Ações para diagnóstico e tratamento em DST/ HIV/AIDS aos presos;
- Ações de média e alta complexidade;
- Ações de atenção em saúde mental;
- Garantia da coleta de material para exames;

- Referência para encaminhamento;
- Regulação ambulatorial;
- Fluxograma com orientações específica destinado

Com base no custo dos serviços de saúde de média e alta aparentemente não é atrativo para o município aderir ao PNAISP, considerando o valor do repasse estipulado na portaria comparando à perspectiva a projeção de gasto:

- Recursos financeiros insuficientes em relação às demandas e necessidades de atendimento;
- Superlotação das unidades prisionais, o que dificulta a atuação da área da saúde (aumentos problemas dermatológicos, respiratórios; disseminação doenças infectocontagiosas);
- Ausência de carreira profissional e dificuldades na contratação de equipes para o trabalho no sistema prisional;
- Falhas e dificuldades de acesso à rede, que o ocasiona uso rudimentar dos sistemas de informação em saúde;
- Falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias políticas administrativas dos sistemas de saúde e prisional;
- Falta de fluxograma com orientações específicas destinada a população carcerária;
- “A possibilidade de baixo retorno eleitoral, como consequência do investimento na saúde da população prisional, somada às dificuldades de organização política do público alvo para reivindicar este direito, tornam cada vez mais frágeis os incentivos de governos para encontrar alternativas para os problemas aí envolvidos, configurando a chamada relação de “empurra-empurra”” (Sales 2013, pg 144).

Considerando a saúde como produção social de múltiplos condicionantes, a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção se torna indispensável para a conquista de melhorias na qualidade de vida (Horta et al., 2009).

A garantia legal da qualidade de vida a que se refere Horta está regulamentada nas portarias que sedimentam o compromisso assumido pelo SUS frente a população brasileira, isto é; a universalidade, integralidade e a equidade da assistência em saúde, para todos (as), inclusive

àqueles (as) mais vulneráveis aos agravos em saúde. Bem como, consolida uma perspectiva já apontada na LEP/1984, de construção de possibilidades de reinserção social da população privada de liberdade, seja pela via da educação, do trabalho ou da saúde.

6 - CONCLUSÃO

A partir da reflexão da temática abordada, percebe-se que o sistema prisional brasileiro possui uma série de normativas jurídicas que regulamentam seu funcionamento, bem como a assistência de saúde que deve ser prestada às pessoas privadas de liberdade. Entretanto, observa-se, que o suporte financeiro e estrutural ao município de São Joaquim de Bicas/MG não é suficiente para garantir o atendimento às demandas, no viés da legislação vigente, da população carcerária custodiada nas Unidades Prisionais localizadas em seu território.

Percebe-se a existência de desafios para a organização da saúde prisional no município de São Joaquim de Bicas sobre as dificuldades das relações da atenção primária com o sistema com a central de regulação municipal no que abrangê a regulamentação ambulatorial devido uma falta de pactuação Bipartite e criação de fluxograma com orientações específicas destinados a essa população. Além disso, a designação das unidades ambulatoriais e hospitalares que se tornarão referência para atendimento à população reclusa nas unidades prisionais permanece um desafio, na medida em que o processo de pactuação com serviços, profissionais e gestores (as) do SUS, sejam eles (as) municipais ou estaduais é, muitas vezes, tenso. Geralmente a reserva de vagas para pessoas privadas de liberdade torna-se a principal estratégia de enfrentamento do estigma a que essa população vulnerável está sujeita na rede pública de saúde

O Sistema Único de Saúde tem por princípios doutrinários a universalização, equidade e integralidade. O direcionamento das responsabilidades na execução e prestação do serviço de saúde à população foi estabelecido pela hierarquização e a regionalização como forma de orientar os gestores municipais na programação, execução e avaliação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, como proposta para garantir o respeito às especificidades da população atendida.

Contudo, há ainda desorganização do sistema público de saúde que muitas vezes é burocratizado e verticalizado, apresentando fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os

diferentes gestores municipais e estaduais, necessitando o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de cada um, criação do trabalho em rede com identificação das necessidades, desejos e interesses das partes envolvidas do campo da saúde.

Para facilitar a interação entre os entes federativos responsáveis pela prestação de serviços à saúde da população carcerária, foi criado o PNSSP com o objetivo de organizar, criar diretrizes estratégicas e suporte financeiro ao município que o aderir. Observa-se que, até o momento, o município de São Joaquim de Bicas/MG não firmou a pactuação com o estado de Minas Gerais.

A não adesão do município ao plano potencializa as dificuldades de acesso à assistência nos serviços de atenção primária, secundária e terciária; que culmina com a baixa resolubilidade destes níveis assistenciais. A não pactuação do município ao plano inibe o acesso do paciente encarcerado à assistência especializada de média e alta complexidade, devido a não acessibilidade da referência e contrarreferência¹ ao recluso, para o acompanhamento ambulatorial. Fato que induz o encaminhamento do paciente recluso ao serviço de urgência, devido a evolução de piora do seu quadro clínico pela ausência de assistência continuada da sua demanda, o que gera uma obrigatoriedade de atendimento imediato sobrecarregando e aumentando o gasto do município com o serviço de saúde. O objetivo do PNSSP é coibir a situação descrita, garantir a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos.

A análise da situação de saúde é uma avaliação que envolve, entre outras questões, o diagnóstico de comunidade e estudo de demanda. Visto que para a construção das unidades prisionais no estado de Minas Gerais não leva em conta a gestão de saúde municipal, entre outros fatores assistenciais na escolha do local das unidades, tal fato torna-se um dificultador importante na efetiva garantia de direitos às pessoas privadas de liberdade. Observa-se que a porcentagem de privados de liberdade alocados nas unidades prisionais dentro da cidade de São Joaquim de Bicas é de 16,8% em comparação a população, o que é um número bastante elevado e que causa impacto muito significativo na organização da assistência à saúde, levando à

¹ - **Referência e Contra Referência:** O SUS hierarquiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatorios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários). Referência: É encaminhamento guia do paciente de um nível de atenção básico para especializado ou vice versa. Contra Referência: é o retorno desse encaminhamento para o setor de origem.

necessidade de se inventar formatos específicos de atendimento e de financiamento para este caso.

O cenário indica, então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão a princípio, sem mudanças no modelo de gestão. Considera-se que a adesão ao PNAISP pelo município de São Joaquim de Bicas com estado de Minas Gerais pode ser uma iniciativa para abertura de novas possibilidades administrativas, indispensável para a consolidação da integralidade da atenção e o reconhecimento da necessidade de se consolidar parcerias intersetoriais para alcance desse impasse.

Esse trabalho de relato de experiência e pesquisa de revisão bibliográfica visou contribuir para avaliação das possibilidades de gestão da saúde no sistema prisional no município de São Joaquim de Bicas, sem pretensão de solucionar os problemas, mas visando ampliar o escopo de análise. Dada a abstração envolvida na determinação das ações que devem ser promovidas e incentivadas nos sistemas de saúde, torna-se importante uma avaliação permanente.

Para finalizar as considerações, não há garantia de mudanças positivas no cenário da atual política de saúde pública municipal após a pactuação do plano, entretanto, a situação apresentada pleiteia ações administrativas de possíveis enfrentamentos dos problemas identificados no atendimento à saúde da população privada de liberdade, alocada no território de São Joaquim de Bicas/MG. A adesão ao PNAISP pode ser uma ação administrativa, possível, de enfrentamento aos referidos problemas, concomitante com ações no território e com a rede.

REFERÊNCIAS:

_____.Relatório final da 8ª conferência de saúde. Brasil 1886.

_____. Lei Federal, de 05 de outubro de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm > Acesso em:
03 de março de 2018.

_____. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 25 de janeiro de 2018.

_____. 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**, 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 25 de Janeiro de 2018.

_____. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Portaria Interministerial nº 628, de 02 de abril de 2002. Revogada em 09 de setembro de 2003 pela Portaria Interministerial nº 1777. Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 2003.

_____.BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação da saúde no sistema penitenciário**. Brasília: MS, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf> Acesso em: 04 de março. 2018.

_____.DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.502, DE 20 DE JUNHO DE 2017.

_____.Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Operativo Estadual de Atenção a Saúde no Sistema Prisional**. Belo Horizonte, 2004. Atenção Primária e promoção a saúde, Brasília – DF, 2007, 1ª edição

SALES, Mariana Alencar. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: o desenvolvimento da política e os reflexos no déficit de acesso aos serviços de saúde** . Dissertação em mestrado em Ciência Política. Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas: FAFICH, 2013.

SALES, Mariana Alencar. **O desenvolvimento da política de saúde prisional no Brasil e os reflexos no déficit de acesso da população prisional aos serviços de saúde.**

FREITAS, Rosane Souza. et al. **Política Nacional de Atenção Integral À Saúde Das Pessoas Privadas De Liberdade No Sistema Prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação.** R. Pol. Públ., São Luís, v. 20, n 1, p.171-184, jan./jun. 2016.

_____.**LEGISLAÇÃO da SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO** - Brasília – DF 2010.

_____.**Lei complementar_13**, 03 de dezembro de 2012 revisão plano diretor do Município de são Joaquim de Bicas.

_____. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1984.

_____.Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

_____.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº2801 de 28 de novembro de 2011.** Suspende temporariamente a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos

Fundos Estaduais e/ou Municipais correspondentes ao Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, no âmbito do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Diário Oficial da União, 2011.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº204 de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, 2007.

_____.Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial MS/MJ nº 2.035 de 08 de novembro de 2001.**

_____.Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.**

_____.Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. **Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014.**

_____.MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Operativo Estadual de Atenção a Saúde no Sistema Prisional.** Belo Horizonte, 2004.

_____.MICRORREGIÃO DE BETIM – PDR-SUS/MG - Fonte: SES/SMACSS/DEAA: Conforme Ajuste 2014.

_____.**Resolução Conjunta SES/SEAP/SEDPAC/OGE N° 0219, de 20 de junho de 2017.**

_____. **Resolução Conjunta SES/SEDS N° 0171, de 16 de setembro de 2014.**

_____. **Resolução Conjunta SES/SEDS/SEDPAC N° 198, de 16 de março de 2016.**

_____. Gestão Municipal de Saúde, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-joaquim-de-bicas/panorama> acesso 12-02-2018 as 17h00minh.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2009-2011.** Instrumento elaborado pelo Grupo de Trabalho estabelecido na Portaria 67/2009 de 21 de Janeiro de 2009, publicada no D.O.E. em 23 de Janeiro de 2009, página 17.

_____. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG), Belo Horizonte, março/2011.

_____. Portaria Interministerial n.º 3.343, de 28 de dezembro de 2006. Altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 dez. 2006.

_____. Portaria n° 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de saúde.

_____. Portaria Interministerial n° 1.679/MS/MJ/MDS/SDH/SPM/SEPPPIR, de 12 de agosto de 2013, que institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política

Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersectorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

_____. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Revisão do Plano Diretor, <http://imrs.fjp.mg.gov.br/Perfil/PerfilMunicipal?id=738>) consulta realizada em 12-02-2018 as 17:00h.

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-joaquim-de-icas/panorama>) consulta realizada em 12-02-2018 as 17:00h.

<http://imrs.fjp.mg.gov.br/Perfil/PerfilMunicipal?id=738>) consulta realizada em 12-02-2018 as 17:00h.