

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM GESTÃO DE SAÚDE

MARLI DA SILVA JACOBSEN

**ANÁLISE DA VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO
DO PLANO OPERATIVO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA
POPULAÇÃO PRISIONAL DO MUNICÍPIO DE TAQUARA-RS**

Porto Alegre
2008

MARLI DA SILVA JACOBSEN

**ANÁLISE DA VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO
DO PLANO OPERATIVO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA
POPULAÇÃO PRISIONAL DO MUNICÍPIO DE TAQUARA-RS**

Monografia apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Ceci Misoczky

Porto Alegre
2008

À todos aqueles que acreditam e se esforçam em preservar os princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde no Sistema Penitenciário, especialmente a Ética, a Justiça, a Cidadania, os Direitos Humanos e a Equidade.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos à Prof^a. Maria Ceci Misoczky por sua orientação; aos gestores municipais e ao presidente do Conselho Municipal de Taquara-RS, aos funcionários da SUSEPE e da Secretária Estadual da Saúde cujas entrevistas possibilitaram a construção deste conhecimento. À Juan José Bernet, meu amado esposo, pela cumplicidade.

SUMÁRIO

	Pág.
1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	06
2 JUSTIFICATIVA	17
3 REVISÃO TEÓRICA	18
4 OBJETIVOS	26
4.1 Objetivo Geral.....	26
4.2 Objetivos Específicos.....	26
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	27
5.1 Etapa Exploratória.....	27
5.2 Coleta e Análise de Dados.....	27
5.3 Utilização de Documentos.....	28
5.4 Entrevistas com os Atores Sociais.....	28
6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	30
6.1 Etapa Exploratória.....	30
6.2 A SUSEPE.....	30
6.3 A Secretaria Estadual da Saúde.....	41
6.4 A Coordenadoria Regional da Saúde.....	42
6.5 A Prefeitura, a Secretaria da Saúde e o Conselho Municipal de Saúde ...	42
6.6 Os Programas Estruturantes de Governo.....	48
7 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	50
8 ANÁLISE DA VIABILIDADE E SUGESTÕES	60
9 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	71

1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Os princípios do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) estão previstos no Artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7 do Capítulo II da Lei 8.080/1990. Os principais são: Universalidade – significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo; Integralidade – o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade; Eqüidade – o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam; Participação Social – é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação; Descentralização - é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios (BRASIL, 2004).

A participação da comunidade no SUS acontece, nos municípios, por meio de canais previstos em lei: as Conferências Municipais de Saúde, os Conselhos Municipais de Saúde, os Conselhos Gestores de Serviços ou, ainda, por meio de reuniões de grupos, por áreas de afinidade.

Em 26 de fevereiro de 2007 o Conselho Municipal de Saúde de Taquara, município gaúcho integrante da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), reuniu-se para a apresentação do Plano Operativo Municipal de Atenção à Saúde da População Prisional do município, vinculado ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (ATA N°4 do Conselho Municipal de Saúde de Taquara,2007).

A inclusão do Sistema Penitenciário no SUS é prevista no Plano Nacional de Saúde, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos.

A participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça, em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária resultou na instituição desta Portaria Interministerial.

Conforme os registros da Ata nº 4, de 26 de fevereiro de 2007, os membros do Conselho Municipal de Taquara, então, discutiram sobre a adaptação do sistema penitenciário municipal ao sistema nacional de saúde na população carcerária. O Conselho, reunido, se mostrou favorável ao Plano Operativo apresentado e aprovou a ata da reunião. Em prosseguimento, o secretário municipal de saúde encaminhou à 2ª CRS os documentos necessários para a habilitação da saúde da população prisional no município, organizados no processo que tomou o Nº 006984-2000/07-8.

A preocupação de investir em políticas de atenção à saúde, à educação e à profissionalização das pessoas privadas de liberdade assegura a crença que os altos índices de criminalidade não serão reduzidos apenas com a ampliação do Sistema Penitenciário, por meio da construção de mais presídios e do aumento indiscriminado de vagas (BRASIL, 2005, p. 14).

Segundo a Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas presas e respaldou-se em princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde, quais sejam (BRASIL, 2005, p. 14):

- *Ética*: não só na concepção da honra, da integridade, da credibilidade, mas sobretudo, do compromisso;

- *Justiça*: para dar a cada um aquilo que é seu, princípio este que deve valer para todas as pessoas: brancas ou negras, ricas ou pobres, homens ou mulheres, privadas ou não de liberdade;

- *Cidadania*: na perspectiva dos direitos civis, políticos, sociais e republicanos;

- *Direitos Humanos*: ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações. Referencial constante de homens e mulheres que buscam uma vida em

comum mais humana, com dignidade, sem discriminação, sem violência e sem privações;

- *Participação*: entendida como a conquista de espaços democráticos;
- *Eqüidade*: a virtude de reconhecer as diferenças e os direitos de cada um;
- *Qualidade*: na concepção da eficiência, da eficácia e, essencialmente, da efetividade significa estar plenamente comprometido;
- *Transparência*: tida como base de uma gestão que precisa prestar contas às pessoas às quais se destinam os programas, os projetos e as ações sociais.

As diretrizes estratégicas do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário são (BRASIL, 2005, p. 15):

- Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;
- Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que acometem a população penitenciária;
- Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- Estimular o efetivo exercício do controle social.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, em face da dura realidade das unidades prisionais, prevê que as equipes de saúde terão o desafio de interferir no cotidiano de desassistência, tendo por base padrões humanos e

humanizantes que se traduzem em ações tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas.

O direito à saúde como direito legítimo de cidadania é um princípio fundamental do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Os profissionais das equipes de saúde, convivendo com as pessoas privadas de liberdade, entendendo as representações sociais da doença, poderiam induzir mudanças significativas no Sistema Penitenciário Brasileiro (BRASIL, 2005).

Essas equipes, articuladas a redes assistenciais de saúde, têm como atribuições fundamentais (BRASIL, 2005, p. 17):

1. Planejamento das ações;
2. Saúde, promoção e vigilância; e
3. Trabalho interdisciplinar em equipe.

Nas unidades prisionais com mais de 100 presos, a equipe técnica mínima, para atenção a até 500 pessoas presas, obedecerá a uma jornada de trabalho de 20 horas semanais e deverá ser composta por: médico; enfermeiro; odontólogo; psicólogo; assistente social; auxiliar de enfermagem; e auxiliar de consultório dentário.

Os estabelecimentos com menos de 100 presos não terão equipes exclusivas. O atendimento será realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a composição da equipe citada anteriormente, e com carga horária mínima de quatro horas semanais.

Nos estabelecimentos prisionais em que já houver quadro de saúde, a equipe será complementada (BRASIL, 2005).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais.

A municipalização da saúde está estabelecida na Constituição Federal (artigo 30, VII) e na Lei Federal 8.080 (artigo 7º, IX, a), e compreende dois aspectos: a HABILITAÇÃO dos municípios para assumirem a responsabilidade total pela gestão do sistema de saúde em seu território, e a DESCENTRALIZAÇÃO da gerência das ações e serviços de saúde para os municípios. Com a municipalização da saúde, o poder público municipal passa a ser o responsável imediato, porém não o único, pelas necessidades de saúde de seus munícipes.

É responsabilidade do gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo atender as necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade. O Plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar as ações na área, incluindo o orçamento para sua execução. Um instrumento fundamental para nortear a elaboração do PMS é o Plano Nacional de Saúde. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer as diretrizes para a formulação do PMS, em função da análise da realidade e dos problemas de saúde locais, assim como dos recursos disponíveis. No PMS, devem ser descritos os principais problemas da saúde pública local, suas causas, conseqüências e pontos críticos. Além disso, devem ser definidos os objetivos e metas a serem atingidos, as atividades a serem executadas, os cronogramas, as sistemáticas de acompanhamento e de avaliação dos resultados (BRASIL, 2004).

Em fevereiro de 2007, data já citada da reunião do Conselho Municipal de Saúde para discussão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, Taquara¹ possuía uma população carcerária de 118 presos em regime fechado e 110 em regime semi-aberto. Dentre os documentos encaminhados à época para a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde para habilitação da Unidade de Saúde Prisional, constou o Plano Operativo que o município se proporia a executar nesta unidade de saúde. O Plano Operativo é exigência importante da Portaria Interministerial nº 1777, de 9 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

¹ Conforme os dados do Censo de 2000, Taquara possui 52.817 habitantes, que, em sua maioria, residem na área urbana. O Município de Taquara está localizado na Encosta Inferior da Microrregião Colonial da Encosta da Serra Geral, sendo ponto de ligação entre importantes regiões do Rio Grande do Sul, como a Serra Gaúcha, Litoral, Região Metropolitana e Vale dos Sinos.

O Plano Operativo apresentado estabelece que o atendimento da população carcerária se daria através de uma equipe multiprofissional composta de:

Profissional	horas semanais
1 médico	20
1 enfermeiro	20
1 cirurgião-dentista	20
1 técnico de enfermagem	20
1 auxiliar de consultório dentário	20
1 psicólogo	20
1 assistente social	20
1 nutricionista	20

Os profissionais psicólogo, assistente social e nutricionista serão cedidos, sem ônus, pela Secretaria de Justiça, já que estes profissionais exercem suas funções na Unidade Prisional.

Segundo o Plano Operativo apresentado, a reforma e a aquisição de equipamentos necessários ao funcionamento da Unidade Prisional seriam custeadas pelo Ministério da Justiça, conforme artigo 6º da Portaria Interministerial nº 1.777/2003. O presídio de Taquara necessita reformas e adequações sanitárias.

Os profissionais de saúde atuarão de acordo com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e do Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde da População Prisional do Rio Grande do Sul, nas áreas de:

1. Controle de Tuberculose

- Busca de casos de tuberculose (identificar o sintomático respiratório (SR); examinar com baciloscopia o SR; notificar os casos novos descobertos na ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);

- Tratamento – iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos os casos diagnosticados; oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados (com aconselhamento prévio ao usuário); registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose; acompanhar mensalmente o tratamento

por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos;

- Proteção dos sadios - examinar contactantes; realizar PPD quando indicado; fazer quimioprofilaxia quando indicada; realizar RX quando indicado; desenvolver ações educativas.

2. Controle de Hipertensão e Diabetes

- Ações de promoção e assistência à saúde, visando ao acompanhamento clínico e a adoção de hábitos saudáveis de vida.

3. Dermatologia Sanitária – Hanseníase

- Busca ativa de casos (identificação do sintomático dermatológico);
- Diagnóstico clínico (exame, encaminhamento para centro de referência);
- Cadastramento dos portadores: notificação e dados de acompanhamento de casos de hanseníase;
- Tratamento supervisionado dos casos de hanseníase: consulta mensal, avaliação dermaneurológica, dispensação de medicamentos, curativos, atendimento de intercorrências;
- Tratamento de outras dermatoses: dispensação de medicação e realização de medidas preventivas;
- Realização de exame de comunicantes do caso de hanseníase: notificação do caso e informação ao município de residência para realização de exame nos familiares.

4. Saúde Bucal

- Orientação sobre higiene bucal e auto-exame da boca;
- Consulta odontológica programática;
- Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão;

- Controle de placa bacteriana;
- Exariação (por dente);
- Raspagem, alisamento e polimento – RAP (por hemiarcada);
- Curetagem supragengival e polimento dentário (por hemiarcada);
- Selagem de cavidade com cimento provisório (por dente);
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia ou necropulpectomia;
- Restauração de dentes;
- Remoção de resto radicular;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência.

5. Ações de Média Complexidade

- A) Consulta individual executada por profissional de nível superior;
- B) Terapia em grupo executada por profissional de nível superior.

6. Ações Complementares

- C) Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/AIDS:
 - ações de coleta para o diagnóstico do HIV;
 - distribuição de preservativos para as pessoas presas e servidores;
 - elaboração de material educativo;
 - fornecimento de medicamentos específicos para AIDS e outras DSTs;

- ações de diagnósticos e tratamento das DSTs segundo a estratégia de abordagem sindrômica;

- ações de vigilância de AIDS, HIV e DSTs.

D) Atenção em Saúde Mental:

- ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes de confinamento;

- atenção às situações de grave prejuízo à saúde, decorrentes do uso de álcool e de drogas, na perspectiva da redução de danos.

E) Protocolo mínimo de ações por ocasião do ingresso da pessoa presa no Sistema:

- aconselhamento em HIV/DST/AIDS e hepatites;

- diagnóstico de hipertensão arterial;

- diagnóstico de diabetes;

- identificação de sintomáticos respiratórios;

- identificação de sintomáticos dermatológicos;

- avaliação e orientação para o planejamento familiar;

- imunização contra hepatite B, tétano e outras conforme orientação.

O Plano Operativo ainda prevê que no decorrer das atividades, pode-se instituir até 5% das pessoas presas como agentes promotores de saúde, que terão as seguintes atribuições:

- promoção da saúde e prevenção de doenças de maior prevalência;

- identificação e comunicação à equipe de saúde, dos agravos e/ou problemas que possam ser detectados durante a sua atividade educativa;

- acompanhamento de tratamentos de longa duração, tais como: tuberculose, AIDS e diabetes, entre outros, verificando as condições de adesão, abandono e as inadequações.

Hoje, a atenção à saúde prestada no sistema penitenciário do município, é precária, segundo relato do secretário municipal de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza um médico para atendimento semanal, além da equipe de vigilância sanitária municipal que faz o monitoramento das doenças infecto-contagiosas de registro compulsório e o fornecimento de medicamentos. O secretário informou que o município disponibiliza, também, uma Unidade Móvel Odontológica com o atendimento feito por cirurgião-dentista. Nos casos agudos de outras patologias, os detentos são encaminhados para a rede de saúde do município e em casos de maior complexidade, os mesmos são levados para hospitais de referência do município.

O tratamento reeducativo é o termo técnico usado no Direito Penitenciário, na Criminologia Clínica e na Legislação Positiva da ONU. Segundo a concepção científica, o condenado é a base do tratamento reeducativo e nele observa-se: sua personalidade, através de exames médico-biológico, psicológico, psiquiátrico; e um estudo social do caso, mediante uma visão interdisciplinar e com a aplicação dos métodos da Criminologia Clínica. Com efeito, o tratamento compreende um conjunto de medidas sociológicas, penais, educativas, psicológicas, e métodos científicos que são utilizados numa ação compreendida junto ao preso, com o objetivo de tentar modelar a sua personalidade para preparar a sua reincersão social e prevenir a reincidência.

A construção sistemática do Direito Penitenciário deriva da unificação de normas do Direito Penal, Direito Processual Penal, Direito Administrativo, Direito do Trabalho e da contribuição das Ciências Criminológicas, sob os princípios de proteção do direito do preso, humanidade, legalidade, jurisdicionalidade da execução penal.

Face ao contexto atual da atenção à saúde das pessoas presas no Presídio de Taquara e ao Projeto Operativo Municipal de Atenção da População Prisional do Município de Taquara apresentado à 2ª CRS da Secretaria Estadual de Saúde a pergunta central deste estudo é:

- Qual a viabilidade política, econômica e organizacional de ser implantado o Plano Operativo Municipal de Atenção à Saúde da População Prisional de Taquara - RS?

2 JUSTIFICATIVA

O tema deste trabalho consiste em analisar a viabilidade de implantação do Plano Operativo Municipal de Atenção à Saúde da População Prisional de Taquara, encaminhado pelo município de Taquara em julho de 2007 para a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, local de atuação profissional da autora. O processo tomou o N° 06984-2000/07-8 na Secretaria Estadual da Saúde.

O Plano Operativo Municipal é um dos requisitos exigidos aos municípios para adequarem-se ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

A autora pretende com este trabalho identificar a trajetória de implantação do projeto de saúde prisional de Taquara-RS, avaliando sua viabilidade política, econômica e organizacional.

A operacionalização do atendimento de saúde à população prisional necessita adequar-se a esta realidade diferenciada do resto da população, mantendo os seus princípios e diretrizes fundamentais aos quais a população prisional faz direito.

É intenção da autora, também, possibilitar a discussão e aprofundamento a respeito da saúde no sistema prisional, tema ainda pouco referido no âmbito da saúde pública, podendo servir de estímulo para que outros profissionais e gestores municipais possam investir em ações de implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário em seus municípios e promovam a ampliação deste conhecimento.

3 REVISÃO TEÓRICA

Esta revisão tem o intuito de fornecer subsídios teóricos consistentes que possibilitem o alcance dos objetivos propostos neste trabalho e facilitem o entendimento do objeto de estudo.

Serão abordados a seguir tópicos sobre o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário expresso pela Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003 (Anexo B) e as implicações de adoção desta política de saúde no âmbito municipal, analisando a **viabilidade política, econômica e organizacional** de sua implementação, através de um Plano Operativo projetado pelo município e exigido pela Portaria para fins de qualificação do município de Taquara.

Também foram analisados temas como a atenção oferecida pelo SUS nas esferas municipal, estadual e nacional frente à grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, na carência do atendimento à saúde.

A Lei nº. 8.080 determina, em seu artigo 9º, que a direção do Sistema Único de Saúde - SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos: I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II – no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III – no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Segundo a Constituição Federal é função dos estados e da União oferecer apoio e cooperação técnica e financeira aos municípios, objetivando fortalecer a descentralização da gestão da saúde.

O SUS é constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS, porém, não atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania.

Inserese no contexto das políticas públicas de seguridade social que abrangem, além da saúde, a previdência (INSS) e a assistência social.

Segundo o Manual para a Organização da Atenção Básica, aprovado pela Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, os fundamentos da Atenção Básica são os mesmos referentes ao SUS: a visão da saúde como um direito universal, a integralidade da assistência, a equidade, a resolutividade, a intersetorialidade, a humanização do atendimento e a participação social. Atenção Básica foi a expressão escolhida pelo Ministério da Saúde para abranger todas as iniciativas situadas no primeiro nível de atenção à saúde voltadas para a sua promoção, tratamento de agravos, prevenção e reabilitação, com destaque para a Estratégia da Saúde da Família (ESF). Inclusive para pessoas que estejam em situação de encarceramento judicial.

Condições de vida e saúde são importantes para todos, porque afetam o modo como as pessoas se comportam e sua capacidade de funcionarem como membros da comunidade.

Segundo Strazza (2007), a prisão é considerada um lugar de alto risco, principalmente pela heterogeneidade da população confinada no mesmo espaço tais como assassinos, traficantes, trabalhadores do sexo, indivíduos vivendo regras próprias, tendo como consequência maior exposição a riscos físicos, psicológicos, transmissão de doenças infecciosas que tanto podem ser trazidas para dentro da prisão como serem adquiridas dentro dela. O confinamento estimula práticas que aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas tanto pelos comportamentos sexuais inadequados como pelo uso de drogas. Este autor refere que um número grande de estudos evidencia o papel do uso de drogas, principalmente as injetáveis, como responsável pela transmissão do HIV dentro das prisões e que, por analogia na forma de transmissão, poderíamos atribuir a esses mesmos componentes um papel semelhante para a transmissão do HCV.

As condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico. Quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, tais pessoas trazem problemas de saúde, vícios,

bem como transtornos mentais, que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais.

A criminalidade é um grave problema que a sociedade humana e as autoridades públicas sempre tiveram de enfrentar. Para Foucault (2007) desde tempos remotos organizou-se um sistema judiciário coercitivo, julgado necessário e adequado para a defesa dos direitos privados e públicos, punindo de várias maneiras os que eram considerados injustos agressores. Cada época, refere o autor, criou suas próprias leis penais, instituindo e usando os mais variados processos punitivos, que vão da terrivelmente macabra violência física – o suplício do corpo, tendo como motivação legal a salvação da alma do condenado – ao uso dos institutos penitenciários modernos. Nestes espaços, na atualidade, o direito penal, obedecendo aos princípios do respeito à pessoa e liberdade humanas, revela a preocupação da autoridade judicial em considerar com polidez e senso mais humanitário os criminosos. Aparentemente, alega-se não tanto o castigo dos delinqüentes mas sua recuperação, a fim de integrá-los “dóceis e úteis” na sociedade. O Direito Penal moderno frisa ironicamente o mesmo autor, não ousa mais dizer que pune crimes; ele pretende readaptar delinqüentes.

É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todos os seres humanos, e principalmente o direito de gozar dos padrões de saúde física e mental. Tais indivíduos estão privados de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania.

A saúde como um valor humano, ético e de cidadania foi uma evolução histórica na luta pelos direitos sociais.

O cuidado à saúde precisa, para garantir a sua humanização, ser transformado em uma relação interativa e solidária, pois se trata de uma relação entre pessoas, uma com um sofrimento ou insegurança que se expressa em necessidade e outra capacitada a resolver ou atender tal necessidade. Assim, o cuidado a ser prestado nos modelos de atenção no âmbito do SUS (acolhimento, vigilância da saúde, linhas de cuidado, saúde da família, etc.) depende mais do trabalho humano e do afeto do que de aparelhos e de procedimentos centrados em

tecnologias de alta densidade capital. O SUS é uma resposta social para cuidar da saúde das pessoas e das populações.

No Brasil, o Ministério de Estado da Saúde e o Ministério da Justiça, em 9 de setembro de 2003, aprovaram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, através da Portaria Interministerial nº 1.777, que prevê a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

A consolidação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário representaria um avanço para o País, na medida em que, pela primeira vez, a população confinada nas unidades prisionais seria objeto de uma política de saúde específica, com a Unidade de Saúde Prisional que possibilitaria o acesso a ações e serviços de saúde que visem a reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão no SUS (BRASIL, 2005).

Para Matus (1996, p.93), viabilidade, em seu sentido mais corrente, é a propriedade atribuível a uma ação, sistema ou objeto, de existir, sobreviver, ser possível ou preencher as condições para tornar-se realizável.

A construção das estratégias de viabilidade de um plano é o momento ou etapa em que devemos refletir e formular o que deveremos fazer para criar as condições nas quais as ações ou operação ganharão viabilidade (BURIOL, 2005).

Para estudarmos a viabilidade da implantação de uma Unidade de Saúde Prisional, faz-se necessário avaliar as condições políticas, econômicas e organizacionais necessárias e os atores que fazem parte deste projeto. Por ator social, podemos designar uma personalidade, uma organização ou agrupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação. Trata-se, seguindo o pensamento de Matus (1996), de questionar se existem capacidades política, econômica, técnica e organizacional para produzir e fazer um projeto. Se há capacidade política, técnica e organizacional de operar esse plano. Se há capacidade política, econômica, técnica e organizacional para manter esse plano

operando com eficiência e efetividade. As respostas a estes questionamentos nos mostrarão a capacidade ou viabilidade de decisão, viabilidade operacional e viabilidade de permanência. Portanto, dentro da dimensão da viabilidade política temos de avaliar a decisão, a possibilidade de funcionamento e de continuidade de um projeto. Da mesma forma devemos proceder a avaliação das dimensões da viabilidade econômica e da organizacional.

Ao nos perguntarmos se estamos caminhando para onde queremos, se fazemos o necessário para atingir nossos objetivos, começamos a debater o problema do planejamento. O planejamento não trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente qual é o futuro de nossas decisões.

Matus (1997, p.19) chama de planejamento o cálculo situacional sistemático que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação. Explica que o cálculo situacional sistemático e articulado em distintos prazos é mais potente ou eficaz que um cálculo imediatista ou puramente técnico na implementação de uma ação desejada, fundamentando a tomada de decisão. Assim, a questão consiste em saber se somos arrastados pelo ritmo dos acontecimentos do dia-a-dia, como a força da correnteza de um rio, ou se sabemos onde chegar e concentramos nossa força em uma direção definida. Desta forma, visto estrategicamente o planejamento não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países. Parte desse processo é a construção de viabilidade nas suas diferentes dimensões.

Segundo Matus (1996), a análise de viabilidade política explora estratégias para lidar com os atores e circunstâncias que obstaculizam a realização do plano. A questão estratégica pode ser sintetizada no gasto de recursos para gerar um único resultado: conquistar viabilidade política (poder) para execução do plano.

O ator deve ser conhecedor das implicações de seus atos, saber o momento certo de executá-los e em que ordem, para que uma ação executada possa permitir a realização da ação seguinte. É importante o conhecimento e a identificação de todos os fatores envolvidos nas ações necessárias à implantação do projeto. Matus (1996) recomenda que se questionem quais as ações viáveis e qual o poder dos

atores participantes. As respostas a estas questões fornecem elementos importantes na avaliação da viabilidade política.

DIMENSÕES E PLANOS DA VIABILIDADE

DIMENSÕES \ PLANOS	Viabilidade de Decisões	Viabilidade Operacional	Viabilidade de Permanência
Viabilidade Política	X	X	X
Viabilidade Econômica	Não	X	X
Viabilidade Organizacional	Não	X	X

Fonte: Matus (1997, p.406).

Quadro 1 – Dimensões e Planos de Viabilidade

Matus (1997, p.406) refere que ao cruzarmos, numa matriz, as dimensões da viabilidade (política, econômica e organizacional) com os planos de eficácia da viabilidade (decisão, operação e permanência), damos-nos conta da complexidade da análise da viabilidade.

O Quadro 1- Dimensões e Planos de Viabilidade indica com X as provas que são pertinentes e com um NÃO as provas que não têm sentido. Por exemplo, a viabilidade de decisão é sempre uma viabilidade política, e não tem sentido o conceito de viabilidade econômica de decisão. O mesmo ocorre com a viabilidade organizacional da decisão, e também não tem sentido a viabilidade operacional instável, pois é da essência de uma organização a sua permanência e estabilidade no cumprimento eficaz de uma função.

A análise da dimensão política, econômica e organizacional junto com a capacidade de decisões, capacidade operacional e a capacidade de permanência, indicará os pontos positivos e negativos que se deve levar em consideração na construção da viabilidade.

Jackson de Toni conceitua os diferentes domínios da viabilidade, à luz do pensamento Matusiano, em artigo publicado em 2006 (www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm):

Viabilidade Política: refere-se à administração de recursos de poder para aplicação na consecução dos objetivos possíveis. Trata-se de produzir ações que acrescentem recursos de poder no relacionamento com os demais atores. É possível estudar antecipadamente a viabilidade política de um plano? A resposta é positiva. O planejamento moderno aborda este tema, e o Planejamento Estratégico Situacional (PES), em particular, oferece ferramentas poderosas para o planejamento político e para o processamento tecnopolítico. A análise de viabilidade política refere-se a pensar estratégias para lidar com os atores e circunstâncias que constituem empecilhos para a realização do plano. Isso requer que articulemos o traçado normativo do plano, que raciocina no plano do “deve ser”, com o cálculo estratégico, que indaga sobre o “pode ser”. Não basta dispor de um bom traçado normativo e prescritivo do plano. É preciso ainda uma boa estratégia para lidar com os outros jogadores e com as circunstâncias que envolvem o jogo social.

Viabilidade Econômica: refere-se à disponibilidade de recursos econômicos e financeiros necessários para desenhar as operações. Trata-se de produzir ações que ajustem os resultados aos recursos disponíveis ou elevar os recursos às necessidades das operações. Aqui entra o tema da eficácia e eficiência meramente econômica, os critérios de produtividade, rentabilidade, as metas das taxas de crescimento, viabilidade micro ou macroeconômica, etc.

Viabilidade Organizacional: refere-se às capacidades institucionais do sistema como um todo e às capacidades pessoais e de liderança dos gestores envolvidos no processo de planejamento. A viabilidade organizacional do plano depende da capacidade da liderança política dos gestores em conduzir as estratégias de transformação dos organismos. Capacidade de planejamento estratégico, flexibilidade e descentralização gerencial, responsabilização coletiva, alto desenvolvimento de recursos humanos, avaliação permanente de resultados, sistemas que combinem decisão democrática e responsabilização pessoal e coletiva, processo decisório participativo (que diminui o atrito hierárquico e gera

consensos), alto capital intelectual e capacidade de aprendizagem são características necessárias para o aumento da viabilidade organizacional do plano.

Para a análise estratégica o que se requer é uma análise de síntese e balanço entre todos os tipos de viabilidade simultaneamente. É a capacidade de antecipação sobre a provável reação dos demais atores sociais (aliados ou adversários) aos resultados desejados dos nossos projetos e ações.

Matus (1996) refere que o processo de produção social conjuga muitos atores que não obedecem a uma mesma ordem. A estrutura social não é uma estrutura hierárquica, e não há probabilidade de que um chefe, mediante as ordens que dê, consiga dar coerência ao processo. O processo de produção social é um jogo competitivo entre desiguais, sujeitos a regras que, por serem historicamente cumulativas, ao mesmo tempo em que impedem o caos do processo, regulam as vantagens adquiridas por uns em detrimentos de outros. Em cada momento do desenvolvimento do jogo há uma realidade mutável, e cada nova realidade é uma modificação da anterior. Os recursos de que dispõem os jogadores (atores sociais) aumentam, diminuem ou mudam de qualidade conforme seus acertos. Os atores sociais, semelhantemente aos jogadores, aproveitam seus recursos disponíveis para fazer jogadas equivalentes, sob vários critérios, a ações econômicas, culturais, científicas e políticas no processo de produção social. Desta forma, através da sua ação, o homem transforma a realidade e transforma a si mesmo. A ação é uma ferramenta do homem no mundo.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar a viabilidade de implantação do Projeto Operativo de Atenção à Saúde da População Prisional do Município de Taquara- RS.

4.2 Objetivos específicos

- Analisar a viabilidade política de implantação do Projeto Operativo de Atenção à Saúde da População Prisional do Município de Taquara-RS;

- Analisar a viabilidade econômica de implantação do Projeto Operativo de Atenção à Saúde da População Prisional do Município de Taquara-RS;

- Analisar a viabilidade organizacional de implantação do Projeto Operativo de Atenção à Saúde da População Prisional do Município de Taquara-RS;

- Sistematizar as informações e concluir sobre condições presentes e eventuais restrições;

- Elaborar sugestões para que as restrições de viabilidade, eventualmente encontradas, possam ser superadas.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com o objetivo de obter informações, aprimorar, analisar e aprofundar o conhecimento do tema proposto inicialmente, a investigação foi realizada através dos seguintes procedimentos operacionais: Foram mantidos contatos telefônicos e por *e-mails* junto aos órgãos das Secretarias Estaduais de Saúde e da Segurança Pública, bem como da Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Taquara-RS, visando a identificação do informante-chave, gestor e/ou equipe multiprofissional, e buscando a sua efetiva participação no estudo.

5.1 ETAPA EXPLORATÓRIA

Foi realizada junto à Secretaria Estadual de Saúde do Estado, no Departamento de Ações em Saúde (DAS) e na 2ª Coordenadoria Regional de Saúde, no Setor de Ações em Saúde; na Prefeitura de Taquara, na Secretaria Municipal de Taquara e Conselho Municipal de Saúde de Taquara; e Secretaria da Segurança Pública, no Departamento de Tratamento Penal da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) e na Penitenciária Estadual de Taquara-RS. Foram identificadas as organizações e os profissionais/atores sociais considerados relevantes para o desenvolvimento do estudo.

5.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Inspiradas no trabalho de ECHEVERRIA (2004), as fontes de dados foram documentos oficiais, entrevistas abertas e observação não participante. Foram realizadas visitas *in loco* nos diversos locais de atuação dos atores sociais entrevistados. Nas entrevistas, levou-se em conta o conteúdo do discurso dos

entrevistados a respeito do tema e o grau de interferência na viabilidade de implantação do Plano Operativo Municipal em estudo.

A análise dos dados obtidos foi feita ressaltando os temas de interesse para a análise das dimensões da viabilidade política, econômica e organizacional.

5.3 UTILIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Foram utilizados nesta pesquisa documentos oficiais e dados administrativos setoriais e individualizados, planos de trabalho e de distribuição de atividades, portarias, atas, programas oficiais na esfera municipal, estadual e federal.

5.4 ENTREVISTAS COM OS ATORES SOCIAIS

O pensamento matusiano revela-nos que um sistema social sem *atores*, constituído apenas de agentes reduzidos a comportamentos reativos e mecânicos, sujeitos a leis que tornam seu jogo predizível é uma ficção teórica. Razão à qual Matus (1996) coloca porque um aspecto essencial da avaliação situacional refere-se ao estudo dos atores. São eles os motores da mudança, aqueles que declaram as insatisfações, que processam ou ignoram as teorias para entender a realidade em que vivem; acumulam vontade, valores, preconceitos, ideologias, poder de mudança e incapacidades; criam visões diferenciadas; rebelam-se contra o evitável e geram conflito; lutam pelo poder e governam no âmbito particular de seus domínios. São portadores e, às vezes, criadores de idéias. É importante não confundir o ator social com o centro de poder que ele controla. O ator é participante de um jogo e um sujeito ativo que tem marca de identidade. O ator está no campo de jogo e é um indivíduo, ou um pequeno grupo singular, que tem valores, memória e consciência. Sua ferramenta é a ação na *praxis*. Trata-se de uma ação-conhecimento e esse

conhecimento é operacional, no sentido do saber o que tem de ser feito e quando deve ser feito.

Os atores sociais considerados relevantes para este estudo foram entrevistados em seus locais de atuação. O período das entrevistas foi de 20/02/2008 a 02/05/2008.

Foram realizadas entrevistas gravadas, individualizadas e em grupo, com os gestores municipais de Taquara-RS e com a enfermeira integrante da equipe de saúde do município, com o Presidente do Conselho Municipal de Saúde, técnicos da Secretaria de Saúde do Estado e da Secretaria de Segurança Pública, além do administrador do Presídio de Taquara e servidores da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde. As entrevistas buscaram captar a governabilidade do entrevistado à cerca de suas atividades, seu conhecimento sobre o Plano Operativo Municipal do sistema prisional de Taquara e seu grau de interferência na viabilização do mesmo. As entrevistas foram semi-estruturadas, permitindo que a entrevistadora criasse uma conversa informal. Assim, neste tipo de entrevista a entrevistadora se expressou livremente no decorrer da abordagem, incentivando o entrevistado a responder sobre os assuntos pertinentes à entrevista. Todas as entrevistas acham-se transcritas ao final deste trabalho, em forma de anexo, omitindo-se a identidade dos entrevistados.

Houve um esforço da entrevistadora de manter a escuta ativa e a atenção receptiva a todas as informações prestadas, quaisquer que fossem, intervindo com discretas interrogações de conteúdo ou com sugestões que estimulassem a expressão mais circunstanciada de aspectos que interessavam ao tema.

6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

6.1 ETAPA EXPLORATÓRIA

Nesta etapa, foram contatados os atores sociais, que no pensamento matusiano significam uma personalidade, uma organização ou grupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação. A força de cada ator é a sua capacidade de produção, que lhe permite realizar ações (não necessariamente vitórias) numa interação conflitiva ou cooperativa. Seu poder reside na posse de meios e características pessoais que lhe permitem uma capacidade de produção de eventos. As entrevistas efetuaram-se com os atores sociais, nos órgãos públicos ligados ao Plano Operativo Estadual e Municipal de Saúde Prisional: Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE); Presídio Estadual de Taquara; Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria Estadual de Saúde (SES); 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (2CRS); Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Taquara; Prefeitura de Taquara e Conselho de Saúde Municipal.

6.2 A SUSEPE

A SUSEPE é o órgão público subordinado à Secretaria de Segurança Pública, responsável pelo planejamento e execução da política penitenciária do Estado. Atualmente, a SUSEPE mantém uma estrutura administrativa composta por departamentos e divisões, da qual faz parte o Departamento de Tratamento Penal (DTP), onde foram entrevistadas a chefe da Divisão de Saúde e a técnica biomédica responsável pela área de DST/AIDS e tuberculose. A Figura 1 ilustra o organograma do órgão, e a Figura 2 mostra as divisões do Departamento de Tratamento Penal.

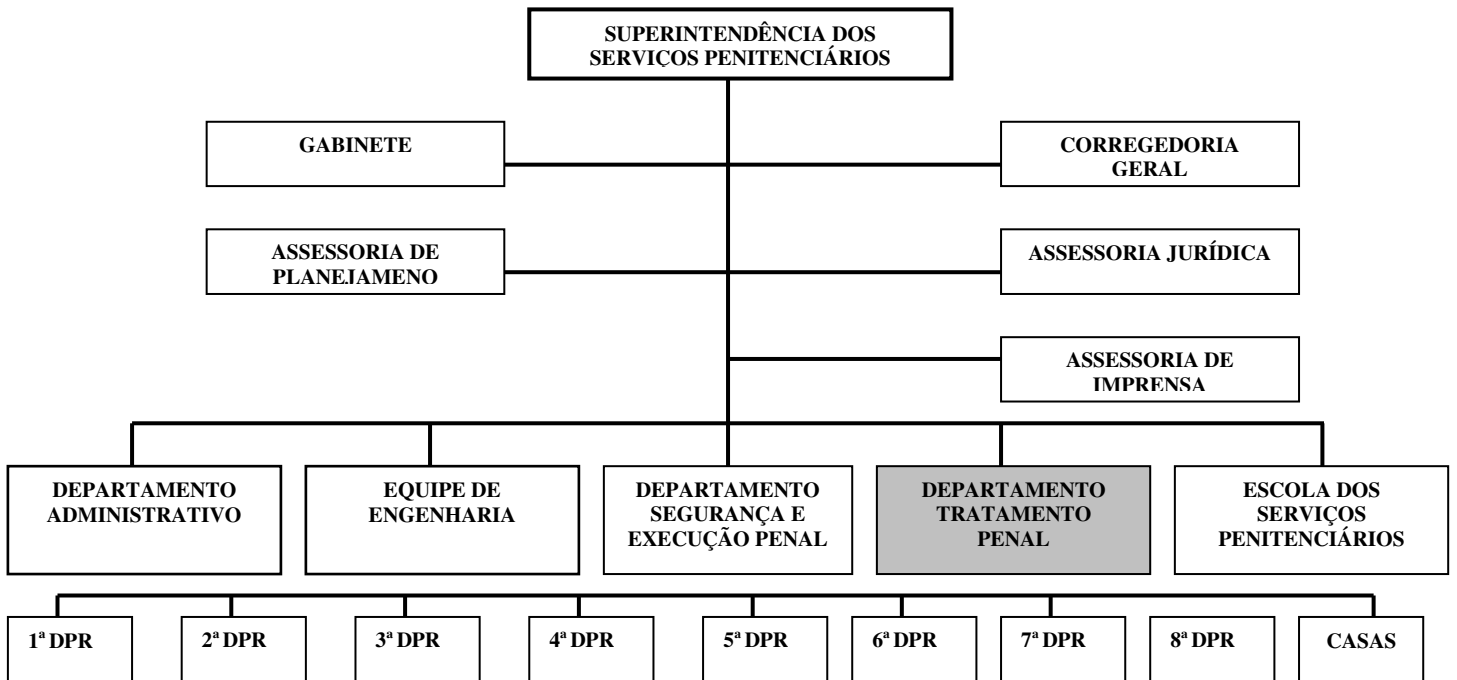


Figura 1 – Organograma da SUSEPE

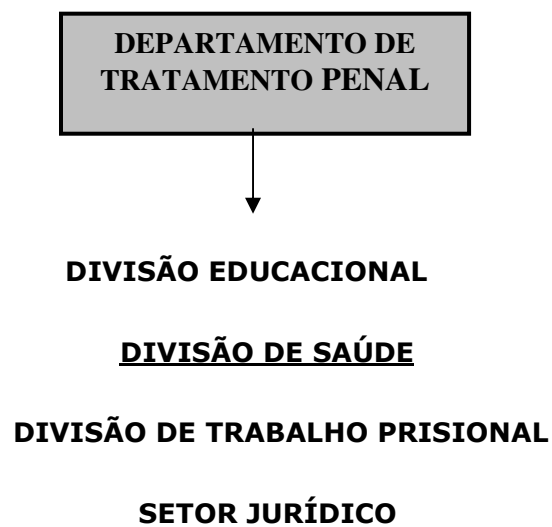


Figura 2 – Departamento de Tratamento Penal

A regionalização da SUSEPE no Estado se efetua através de 8 Delegacias Regionais e 17 Casas Especiais. O Presídio de Taquara acha-se incluído na relação dos 9 presídios da 1ª Delegacia Penitenciária Regional, com sede em São Leopoldo.

O Departamento de Tratamento Penal (DTP), é responsável pelo atendimento das necessidades assistenciais e por programas que busquem o crescimento pessoal e social do preso, visando sua melhor reintegração ao convívio social. Na área de saúde, atua no atendimento às necessidades do preso e também na prevenção de DST/AIDS e uso indevido de drogas. Na área de educação, atua com educação formal e ensino profissionalizante. Na área de trabalho prisional, atua na implantação de Protocolos de Ação Conjunta (PAC) para a utilização de mão de obra prisional em empresas públicas e privadas, mediante remuneração do preso.

Os art. 82 a 86 da Lei de Execução Penal (LEP) – Lei Nº 7210, de 11 de julho de 1984 - tratam das disposições gerais sobre o estabelecimento penitenciário. O art. 82 prevê diferentes tipos de estabelecimentos penais, os quais se destinam à execução da pena privativa de liberdade; à execução da medida de segurança; à custódia do preso provisório e aos cuidados do egresso. A LEP atendeu ao princípio da classificação penitenciária, que é prevista na Constituição Federal, art. 5º, inciso XLVIII.

O art. 83 prevê, para o estabelecimento penitenciário, dependências com áreas de serviços para as atividades do tratamento reeducativo, sobrepondo-se às imposições de segurança.

Os estabelecimentos penais classificam-se segundo as diferentes fases do regime progressivo de cada detento:

- 1ª fase - prisão provisória;
- 2ª fase - condenado;
- 3ª fase - sujeito a medida de segurança;
- 4ª fase - liberdade condicional;
- 5ª fase - egresso.

E são assim distribuídos:

1 - Centro de Observação - o qual corresponde ao exame criminológico do condenado destinando-o ao regime de liberdade em que "melhor se enquadra" (art. 96 LEP);

2 - A Penitenciária - destina-se ao regime fechado (art. 87 LEP); Sob o enfoque de segurança, a penitenciária se define como estabelecimento de segurança máxima.

3 - A Colônia Agrícola ou Industrial - regime semi-aberto;

4 - A Casa do Albergado - regime aberto;

5 - A Cadeia Pública - à custódia do preso provisório e cumprimento de pena de breve duração (art. 102 LEP). Este estabelecimento poderá contar com salas para o trabalhador social ou Sociólogo, para o Psicólogo e Psiquiatra, além de salas para o pessoal administrativo, advogados e autoridades.

6 - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - destina-se aos inimputáveis, e o condenado depende de substâncias químicas entorpecentes, causando dependência física e mental;

7 - Penitenciária para mulheres;

8 - Penitenciária para o Jovem adulto - destina-se ao menor de 21 anos, que poderá permanecer no estabelecimento por necessidade do tratamento reeducativo e problemas de personalidade. Está sujeito a regime aberto e semi-aberto.

As "orientações" do Ministério da Justiça prevêm para todo projeto de estabelecimento penal os seguintes locais:

a) instalações de administração, com salas para serviço jurídico, social, psicológico; b) assistência religiosa e culto (capela ecumênica e auditório); c) escola e biblioteca; d) prática de esporte e lazer; e) oficinas de trabalho; f) refeitório; g) cozinha; h) lavanderia; i) enfermaria; j) palatório; k) visitas reservadas aos familiares; l) cela individual.

A cela individual e a construção em horizontal da prisão constituem as duas idéias essenciais do estabelecimento penal moderno.

O Presídio de Taquara é uma instituição considerada pequena, se comparada aos outros presídios do RS. Seu prédio é antigo e à época da entrevista, possuía 104 presos no regime semi-aberto e 131 presos no regime fechado. A Figura 3 e a Figura 4 ilustram os prédios dos respectivos regimes.



Figura 3 – Penitenciária de Taquara-RS - prédio do regime semi-aberto



Figura 4 – Penitenciária de Taquara- RS – prédio do regime fechado

O presídio situa-se distante cerca de 8 minutos do centro da cidade, quando a viagem é feita por automóvel, numa área com vista privilegiada da região.

A administração é exercida por um agente penitenciário com bom relacionamento com os gestores municipais, resolvendo na esfera local a maioria dos problemas de saúde que surgem na casa prisional.

O atendimento dentário aos presos é feito pelo município através de uma unidade móvel odontológica (Figura 5).



Figura 5 – Unidade Móvel Odontológica

O atendimento de urgência é realizado no Posto de Saúde 24h. Nas dependências do presídio a avaliação médica e de enfermagem é realizada em uma sala improvisada, sem ser de exclusividade da área da saúde, pois se percebe a presença de vários objetos que não pertencem ao uso dos profissionais da saúde (Figura 6). O atendimento jurídico é feito em sala exclusiva, com chave própria, sala pintada e organização interna mais aprimorada do que a da área de saúde. A pintura interna das paredes foi feita pelos presos, conforme informação local (Figura 7).



Figura 6 – Sala de atendimento de saúde

Figura 7 – Sala de atendimento jurídico

O atendimento médico e de enfermagem é feito semanalmente por profissionais do Posto de Saúde 24h, ligados à Secretaria Municipal de Saúde utilizando-se da sala de atendimento de saúde do presídio (Figura 8).



Figura 8 – Local do atendimento à saúde, no Presídio de Taquara – RS

Cabe ressaltar que a lista de atendimentos é regulada internamente, pela procura espontânea do preso ou pela lista de atendimento repassada das galerias internas através do *e-mail* (Figura 9) como “brincou” o administrador da instituição prisional.



Figura 9 – “E-mail” - Tipo de comunicação interna nas galerias no presídio de Taquara-RS

O presídio possui uma área física destinada para a construção da área de atendimento de saúde, no entanto, aguarda recurso financeiro para as reformas necessárias e adequadas à Portaria Interministerial 1.777 e à vigilância sanitária. Fica junto ao presídio, em área contígua, com acesso interno, assegurando a vigilância do preso. As Figuras 10, 11 e 12 ilustram a área destinada ao futuro prédio de atendimento à saúde do presídio.



Figura 10 – Área destinada ao futuro atendimento à saúde (à esquerda)



Figura 11 – Acesso interno da futura instalação de atendimento à saúde



Figura 12- Área interna da futura instalação de atendimento à saúde

As entrevistas na SUSEPE foram realizadas na Divisão de Saúde, com a chefe da divisão e a biomédica responsável pelas ações de saúde de DST/AIDS. Também foi entrevistado o diretor do presídio de Taquara-RS. Todas as entrevistas podem ser lidas na íntegra ao final deste trabalho. A Divisão de Saúde é composta por um total de 4 funcionários e atende a todas as instituições prisionais do RS. As identidades dos profissionais foram resguardadas, sendo referidos pela função que executam ou iniciais do nome.

Primeiramente, foram mantidos contatos telefônicos e, datas marcadas, comparecemos ao DTP, onde feitas as apresentações e explicação da metodologia da pesquisa; as entrevistas gravadas aconteceram em clima de acolhimento e atenção. As entrevistas foram realizadas em momentos diferentes, sendo que a primeira delas foi com a profissional biomédica. Após, foi entrevistada a psicóloga chefe da Divisão de Saúde e, por fim, o diretor do presídio, agente penitenciário “Da Silva”. O administrador foi quem permitiu nossa entrada no presídio, apresentando-nos o trabalho artesanal dos presos realizado internamente (Figura 13), no regime fechado, junto às galerias internas (Figuras 14 e 15).



Figura 13 – Trabalho artesanal realizado internamente



Figuras 14 e 15 – Galerias internas do presídio de Taquara-RS

Depois, seguiram-se as entrevistas com o Presidente do Conselho Municipal de Saúde, com os gestores municipais de Taquara (Secretário de Saúde e Prefeito), com o técnico da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde e, por fim, com a Diretora do Departamento de Ações em Saúde (DAS), que teve sua gestão até março de 2008, quando assumiu a Divisão de DST/AIDS da SES. Mantivemos, ainda, comunicação telefônica e por *email* com o novo diretor do DAS, devido à impossibilidade de conciliar nossas agendas para uma entrevista pessoal e comparecemos à apresentação pública dos Programas Estruturantes de Governo por apresentar subsídios ao tema em estudo. Os Programas Estruturantes apresentados indicam os recursos orçamentários garantidos, com fontes conhecidas e projetam o compromisso de governo nas áreas de saúde e segurança. O Programa Cidadão Seguro prevê várias ações direcionadas à SUSEPE e ao sistema prisional. O projeto RECOMEÇAR, que faz parte deste programa, prevê ações de inclusão das pessoas presas em parceria com outros órgãos do Estado.

6.3 A SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

O Governo do Rio Grande do Sul tem uma estrutura que conta com 19 Secretarias, além da Chefia da Casa Civil, que, sob coordenação direta da governadora do Estado, são responsáveis pelas políticas relacionadas a seus setores.

A Secretaria da Saúde do RS está localizada no Centro Administrativo do Estado e conta com diversos departamentos e assessorias que gerenciam as ações de saúde nos quase 500 municípios gaúchos através de 19 Coordenadorias Regionais de Saúde localizadas em Porto Alegre (1ª CRS e 2ª CRS) e nos municípios.

Os serviços de Atenção Primária de Saúde (APS) ficaram com responsabilidade direta dos municípios ficando a SES com as seguintes atribuições na Atenção Primária: co-financiar a Atenção Primária, a partir de critérios e de plano de investimento, definidos pela gestão estadual; garantir a equidade na oferta de serviços de Atenção Primária; promover cooperação técnica com os municípios, com orientação para a organização dos serviços de Atenção Primária que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos; promover a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos na Atenção Primária, com ênfase em: educação permanente; assessoramento aos municípios nas questões legais de contratação de pessoal (discutir normas, salários regionais, execução de concursos); realizar acompanhamento, avaliação e regulação dos serviços de APS, visando sua qualificação; executar ações da Atenção Primária de forma suplementar ou transitória, nos municípios que não desempenham sua responsabilidade na área (CONASS/2003).

A Seção de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Aids faz parte do DAS – Departamento de Ações em Saúde – e tem pautado suas atividades na busca da construção de uma política de saúde integral, que permita a articulação e qualificação das ações preventivas e assistenciais para o controle das DST/AIDS executadas pelos Serviços de Saúde do Estado.

Desenvolve ações sistemáticas nas áreas de vigilância epidemiológica, prevenção, assistência das DST, AIDS e Sífilis congênita, considerando como prioridade o desenvolvimento humano e institucional.

6.4 A COORDENADORIA REGIONAL DA SAÚDE

A SES está dividida em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde no RS. O papel das CRS envolve articulação, descentralização/ regionalização, foco na gestão e relação/diálogo/cooperação. Deste modo, cabe às CRS planejar, acompanhar e gerenciar as ações e serviços de saúde, em cooperação técnica, financeira e operacional com os gestores municipais, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde em consonância com a SES/RS e tem como fundamento os princípios e diretrizes do SUS. A 2ª CRS, com sede em Porto Alegre, abrange os Municípios de: Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Brochier, Butiá, Camaquã, Cambará do Sul, Capela de Santana, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Harmonia, Igrejinha, Maratá, Mariana Pimentel, Minas do Leão, Montenegro, Pareci Novo, Parobé, Riozinho, Rolante, Salvador do Sul, São Francisco de Paula, São Jerônimo, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes, Taquara, Três Coroas, Triunfo e Tupandi.

6.5 A PREFEITURA, A SECRETARIA DA SAÚDE E O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

A Estrutura Administrativa da Prefeitura Municipal de Taquara (Figura 16), composta pelos órgãos de assessoramento e de administração direta foi instituída pela Lei Municipal No 772/2006. Constituem órgãos de assessoramento, todos os Conselhos existentes e que venham a serem criados, integrados por instituições comunitárias e que

tem função específica de, em nome da comunidade, sugerir ou deliberar sobre ações administrativas. Constituem órgãos da administração direta, as Secretarias Municipais, as Secretarias Distritais, as Assessorias e a Procuradoria do Município.



Figura 16 - Prefeitura de Taquara – RS

A Secretaria Municipal de Saúde de Taquara foi instituída através da Lei Municipal em 02 de Junho de 1983, com as atribuições de promover a saúde e bem estar da população através de um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo. Presta atendimento à população em 10 (dez) Unidades de Saúde cadastradas junto ao Sistema Único de Saúde, sendo que no Plano Municipal de Saúde do Município, cuja competência é exclusiva do gestor municipal, com participação do Conselho de Saúde nas apreciações e propostas de alterações julgadas necessárias. A saúde da população prisional está contemplada no Plano Municipal, conforme mostra o Quadro 2.

No Posto de Saúde 24h (Figura 17) funciona um espaço com atendimento médico e ambulatorial 24h, todos os dias da semana. Também funcionam o atendimento à saúde da mulher, um gabinete odontológico, serviço de cardiologia, serviço social, serviço de fisioterapia, vigilância em saúde (vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, e DST/AIDS), almoxarifado, farmácia para dispensação de medicamentos, setor administrativo e Gabinete do Secretário Municipal da Saúde.

**ATENÇÃO A SAÚDE DA POPULAÇÃO PRISIONAL DE TAQUARA
PREVISÃO DO PLANO MUNICIPAL PARA JAN/2007 A DEZ/2008**

ESTRATÉGIAS	AÇÕES	EXEC.	RECURSO FINANC.	METAS
Atendimento da população carcerária com equipe multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> - Controle de tuberculose; - Controle de Hipertensão e Diabetes; - Dermatologia Sanitária – hanseníase; - Saúde Bucal; - Consulta individual e Terapia em grupo; - Ações complementares; - Promoção da saúde e prevenção de doenças de maior prevalência. 	SMS	<p>Municipal</p> <p>Estadual</p> <p>Federal</p>	Atender 100% da população prisional.

Quadro 2



Figura 17 – Posto de Saúde 24 horas – Taquara-RS

O controle social é exercido pelos conselhos representativos da sociedade civil, constituídos nas três esferas de governo, por meio dos quais a sociedade organizada fiscaliza a atuação do gestor público.

Em 01 de novembro de 1995 foi instituído o Conselho Municipal de Saúde de Taquara (CMS), através da Lei de criação N° 1.894/95 e alterado pela Lei N°

2.731/01. O CMS é paritário, colegiado, com representantes da população, governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e entidades da saúde. Tem como atividade fim, assessorar a administração com orientações, planejamento, interpretação, julgamento e fiscalização de sua competência, além de coordenar as ações integradas de saúde. O CMS é órgão permanente, deliberativo e normativo do SUS no âmbito municipal, tendo por competência formular estratégias e controlar a execução da política de saúde do município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Reune-se mensalmente todas as últimas quartas-feiras de cada mês, com a participação dos conselheiros e extraordinariamente sempre que necessário. As reuniões são realizadas junto ao Posto 24h. A entrevista com o presidente do CMS sobre a questão da saúde prisional do município encontra-se nos anexos deste trabalho. São funções do CMS, de acordo com a Lei Municipal Nº 3.908/2007:

I – Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS para o controle social de Saúde;

II – Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

III – Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;

IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores públicos e privados;

V – Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

VII – Proceder a revisão periódica do Plano Municipal de Saúde;

VIII – Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde;

IX – Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade;

X – Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS;

X I – Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal;

XII - Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 195,§ 2º da Constituição federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (art. 36 da Lei 8.080/90);

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos;

XIV – Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado e da União;

XV – Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento;

XVI – Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente;

XVII – Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias;

XVIII – Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde;

XIX – Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde;

XX – Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS;

XXI – Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;

XXII – Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento;

XXIII – Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS;

XXIV – Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

6.6 OS PROGRAMAS ESTRUTURANTES DE GOVERNO

O Governo do Estado apresentou à população, na manhã da sexta-feira 16 de maio de 2008, uma carteira com 12 novos programas, chamados de Estruturantes, em cerimônia no Palácio Piratini. A previsão de recursos para investimentos nos Programas Estruturantes, até 2010, é de R\$ 4,656 bilhões, distribuídos em 95 projetos e ações. Somente em 2008, serão destinados aproximadamente R\$ 752 milhões. Os Programas Estruturantes têm a característica fundamental de modernizar o processo de gestão de projetos governamentais, privilegiando a articulação das políticas públicas em benefício da sociedade gaúcha, onde pode mobilizar recursos públicos, privados ou em parceria. Os Estruturantes são mais focados no gerenciamento, ou seja, como será feito e de que forma o Estado fará, aplicando novos métodos de gestão, consagrados pela iniciativa privada, que agora são introduzidos no setor público, com foco na obtenção de resultados compatíveis às necessidades e carências em cada área, organizadas conforme os três eixos estratégicos do governo: Desenvolvimento Social, Desenvolvimento Econômico Sustentável e Finanças e Gestão Pública. A carteira define prioridades de governo, com visão sistêmica, multissetorial e transversal em projetos e ações como instrumento para alcançar o objetivo de um programa. Os programas representam um alinhamento governamental e atendem a diretrizes estratégicas até 2010 e a programação do Plano Plurianual 2008-2011. As ações resultam em produtos ou serviços prestados à sociedade, consolidando melhorias na **saúde**, nas finanças públicas, modernização da gestão, educação, recursos hídricos, logística, **segurança**, desenvolvimento social em habitação, saneamento, emprego, mais agronegócio e infra-estrutura urbana. O governo aposta que os Programas Estruturantes, como princípio básico, têm de ter o efeito transformador, de visão de futuro e produzir resultados concretos, que sinalizam a mudança desejada no RS.

Tais Programas estruturantes dirigem as ações das áreas prioritárias para o investimento do governo. Ao todo são 12 Programas. Cada Estruturante se desdobra em projetos, que por sua vez se transformam em realidade através de suas ações. Por serem programas prioritários de governo, têm recursos orçamentários garantidos, com fontes conhecidas, disse a governadora em seu discurso de apresentação dos Estruturantes.

O Programa Estruturante “Cidadão Seguro” combate a criminalidade no Rio Grande do Sul, com mais policiais nas ruas, com um sistema de inteligência da Polícia Civil e da Brigada Militar integrado, estruturado e qualificado, e com a **construção de novos presídios e da reforma e modernização de unidades existentes**. Conta ainda com um projeto de **ressocialização de presos**, implementado por ações conjuntas com outras secretarias de governo. Na mesma semana em que a governadora divulgou os Estruturantes, o secretário da Segurança lembrou à imprensa local a importância da criação de módulos de saúde e educação nos presídios, além de ser criadas novas vagas no sistema prisional, a fim de ser cumprida a Lei de Execução Penal (LEP) e ser realmente promovida a ressocialização do apenado.

Os objetivos deste Programa Estruturante são ampliar a infra-estrutura dos órgãos de Segurança Pública; qualificar e estruturar seu sistema de inteligência, por meio da mais moderna tecnologia de informação; construir novos presídios, reformar e modernizar unidades existentes; aprimorar as condições de ressocialização dos presos e aumentar o efetivo policial nas ruas. O público-alvo abrange cidadãos, profissionais de segurança e população carcerária e conta como as seguintes parcerias: Ministério da Justiça, Secretaria de Obras Públicas, Secretaria da Educação, Secretaria da Saúde, Secretaria do Turismo, Esporte e Lazer, Secretaria da Cultura, Secretaria da Justiça e Desenvolvimento Social e Defensoria Pública. O investimento para este Programa é de **R\$ 342 milhões**. São Projetos associados ao Programa:

- Recomposição do Efetivo e Renovação da Frota
- Ampliação de Vagas Prisionais

- **Recomeçar** - Projeto de Ressocialização
- Modernização e Integração do Sistema de Inteligência de Segurança Pública do RS

7 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para melhor entendimento dos resultados das entrevistas e para identificar a expectativa e a opinião sobre o tema em estudo, as entrevistas com os *atores* foram divididas nos seguintes grupos: SUSEPE (incluindo as entrevistas com os profissionais da SUSEPE), SECRETARIA DA SAÚDE-RS (incluindo as entrevistas com os profissionais da SES/RS e 2ª CRS), GESTORES MUNICIPAIS (incluindo as entrevistas realizadas na secretária municipal e prefeitura de Taquara-RS, e CONSELHO MUNICIPAL (realizada com o presidente do Conselho Municipal de Saúde de Taquara-RS).

Quando nos questionamos se estamos caminhando para onde queremos, se fazemos o necessário para atingir nossos objetivos em relação ao Plano Operativo da População Prisional de Taquara-RS, estamos começando a debater o planejamento de sua implantação no município. A grande questão na ótica da viabilidade de implantação do Plano Operativo consiste em saber se os atores envolvidos na sua governabilidade são arrastados pelo ritmo dos acontecimentos do dia-a-dia e dos estágios de sua execução, como a força da correnteza de um rio, ou se sabem onde chegar, num planejamento comum e em uma direção definida.

Se pudessemos reunir todos os atores entrevistados e considerados significativos e lhes perguntássemos qual o seu papel na conformação da implantação do Plano Operativo, se estão caminhando para onde querem e na mesma direção, se fazem o suficiente para alcançar seus objetivos, se estão sendo levados pela força do rio dos acontecimentos ou se conseguem conduzir o fluxo dos

fatos, o quê responderiam? A análise de suas falas, embora em espaços de trabalho distintos, nos dá condições de concluir sobre o grau de governabilidade e o desafio de planejar de forma intersetorialmente no setor público, ultrapassando muitos pré-conceitos existentes.

Na questão da saúde prisional, por exemplo, não se pode negar o pré-conceito sobre esta população trazido nas falas do presidente do Conselho Municipal de Saúde, do gestor municipal e da ex-diretora do Departamento de Ações em Saúde da SES: “Qualquer discussão sobre isso passa pelo entendimento do senso-comum de que essa é uma população que não é merecedora de atendimento à saúde. O atendimento intra-muros e o extramuros, também. Basta ver a forma preconceituosa do atendimento quando se sabe que eles são presos... a forma como eles são recebidos no sistema de saúde, é extremamente preconceituosa. Desde o porteiro até o médico.”(CONSELHO MUNICIPAL) – ou, na fala da ex-diretora: “O que eu quero dizer é que tem um preconceito muito grande dentro da estrutura da sociedade, relacionado à questão prisional. Isto é uma verdade da qual a gente não pode fugir. Então, não é uma prioridade...para poucos gestores a saúde prisional é uma prioridade.”- (SECRETARIA DA SAÚDE – RS). Estas visões do senso comum irão influenciar politicamente na governabilidade de implantação do Plano Operativo, como continua o presidente do Conselho Municipal: “...a grande dificuldade, quando se discute viabilidade é que a disputa de recursos é política...ela não é técnica. Nós vamos disputar recursos lá numa decisão política, que é a do secretário. O secretário municipal de saúde vai ter que assumir para a população que ele vai criar uma equipe de PSF para alguém que a população despreza...”(CONSELHO MUNICIPAL). Estas dificuldades políticas de implantação não são ignoradas pelo gestor municipal de Taquara-RS, expressas nas suas palavras: “...a população pensa: *Tá lá e deixa assim!* Só que além de ser desumano com aquele preso, ainda tem a questão que é a contaminação deles com a sociedade. Eles não ficam só lá dentro... daqui há pouco, estão circulando...”(GESTOR MUNICIPAL) ou ainda: “...o cidadão que está lá, num presídio, ele está lá por um motivo. Mas ele faz parte também da sociedade. E acho que todo cidadão, perante a Constituição, ele tem direito à saúde, à segurança.” (GESTOR MUNICIPAL).

O ator social que planeja não controla todas as variáveis. A concepção do planejamento estratégico situacional parte do postulado que na realidade social há vários agentes que planejam com objetivos conflitivos. A eficácia da implantação do Plano Operativo depende da eficácia das estratégias dos oponentes e aliados deste jogo de forças. O cálculo de planejamento, neste caso, é sempre interativo porque, sendo a eficácia do plano dependente da eficácia do plano dos outros atores, há um componente de incerteza primordial, que é diferente de processos sociais repetitivos ou das relações das ciências naturais. Há uma carga intensiva em formulação de estratégias e recursos de gestão. Na concepção desta interação de vários sujeitos/atores que fazem parte do plano e desenvolvem estratégias para sua governabilidade, percebe-se que há um desejo político comum do Município, Estado e Controle Social favorável na implantação do Plano Operativo, refletido nas falas: “...nós gostaríamos que isso se concretizasse em vários municípios.”(SUSEPE); “A nossa prefeitura está, realmente, medindo todos os esforços possíveis para sermos parceiros, também, do Estado”(GESTOR MUNICIPAL); “...se tiver um local apropriado para dar atendimento, vai ser bem melhor. Eu vejo com bons olhos. Virá nos ajudar em todos os sentidos... vai ter mais segurança até para a comunidade.”(SUSEPE); “...a hora de investir é agora. É meu interesse, até porque eu moro em Taquara...Um trabalho bem feito é bom para a sociedade...Eu não estou aqui só pelo meu salário...Eu gosto do que faço...”(SUSEPE); “Farei todo empenho para agilizar tudo. Não haverá empecilhos por parte do presídio. Tudo isso vem para somar e eu não sou o dono da verdade”(SUSEPE); “...o preso não está ali para pagar duas penas. Ele tem que ter apenas a privação de liberdade. Ele tem que ter condições humanas para sobreviver...(CONSELHO MUNICIPAL); “...no meu entendimento o gestor do município está bem interessado em implantar esse serviço que vem a somar com o serviço que vem desenvolvendo no próprio município.” (SECRETARIA DE SAÚDE –RS); “...eu acredito que seria até mais fácil desenvolver este plano, porque o contingente de apenados é menor, com grau de periculosidade menor e já tem explícita a boa vontade e interesse do prefeito, do gestor...”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “...Quando a gente começou a sonhar com este projeto...tinha algumas reuniões, principalmente com o pessoal da Coordenação da AIDS no nível central, e eles tinham referido algumas ONGs, principalmente o GAPA. Eles se disseram bem interessados e que poderiam contar

com o trabalho deles...necessitamos conversar sobre isso e pensar no preso como um ser humano que merece o atendimento de saúde que a população tem. Se tiver que melhorar, que melhore para os dois...tem que ser tentado”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “Mas o que eu acho importante é que a Portaria 1.777, ela tem uma intenção muito clara, que é inserir a população prisional no SUS, como parte integrante do SUS.”E, não como um adendo de responsabilidade da Secretaria de Segurança Pública dos estados. Quer dizer, ela trás todo o sistema prisional para dentro do SUS, de onde nunca deveria ter saído e onde deveria ter permanecido o tempo inteiro...”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “Há um projeto estratégico que é o Recomeçar, que é a implantação efetiva de ações intersetoriais dos presídios dentro dos Programas Estratégicos do Governo 2008-2011 do Plano Plurianual-PPA.”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “...porque o PPA passa a valer esse ano, então, as coisas, parecem, serão reativadas e devam evoluir.”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “E, acho que até vale que o Estado ou os gestores municipais, através da sua representatividade no CONASS (Conselho Nacional de Secatáros de Saúde) e no CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), ou o próprio Ministério dentro de uma avaliação da efetiva implementação, deveriam rever esta política e ver onde se encontram os nós críticos para buscar soluções ou simplificar determinados processos para que isso efetivamente seja implantado e implementado.”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “...cada vez mais a epidemia da AIDS, as co-infecções estão mais presentes nos presídios. E, além disso, nós temos em todo Brasil uma superlotação. Isso é extremamente importante! E essa população faz parte da sociedade...”(SECRETARIA DA SAÚDE –RS); “Se desejamos e se a casa prisional tem a lógica de buscar a ressocialização do preso, temos que garantir esse direito mínimo de cidadania que está na Constituição.”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “A vontade política sempre existiu. Tanto que a gente conseguiu, com todas as dificuldades, inclusive, rompendo os espaços de poder de direção de departamento e da própria direção de saúde da SUSEPE, envolver os secretários nesse processo de discussão...”(SECRETARA DA SAÚDE- RS); “Eu tenho certeza! (na viabilidade de implantção do Plano Operativo de Taquara –RS) Eu acredito muito! Já fui secretária municipal de saúde e acho que o espaço de governabilidade que se tem é muito mais efetivo que a gestão estadual...é no município que se dá a vida das pessoas, inclusive a vida das casas

prisoinais...E, se não acreditasse, não teria proposto a Resolução CIB, à época; e o prefeito de Charqueadas teria vindo aqui, sugerido o incentivo e tudo ficaria do mesmo jeito. Não, a gente levou em frente e desencadeou todo esse processo que ainda não está efetivado, mas que tem várias sinalizações que é possível.”(SECRETARIA DA SAÚDE -RS).

Os propósitos dos atores que planejam se definem como algo mais que meras realizações econômicas, mensuráveis em termos de contabilidade. A viabilidade de um plano é obtida por meio da viabilidade das operações que compõem o plano. Uma operação é a unidade básica de ação que um ator realiza para mudar a realidade. O placar do jogo só muda por algumas jogadas, mas todas as jogadas influem no resultado. O planejamento estratégico situacional dirigido ao Plano Operativo da Saúde Prisional no Município de Taquara-RS pode ser pensado como sendo construído de operações destinadas a mudar o placar do vetor descritivo do problema (VDP) de cada nó crítico até alcançar as metas propostas. Para cada operação do plano é necessário definir uma tática para construir a sua viabilidade. Portanto, são dois tipos de operações: uma técnica e uma política. Na medida em que as duas se complementam, chegamos ao processamento tecnopolítico, ou seja, à combinação de ciência e arte no processo de governo. Fazer a primeira, isolada da segunda, é barbarismo técnico. Fazer a segunda, isolada da primeira, é barbarismo político. A conjunção de ambas produz uma boa intervenção de ação no tecido social. As idéias do plano não se executam até que alguém complete seu processamento tecnopolítico com o detalhamento operacional exigido pelo sistema administrativo.

A viabilidade econômica de implantação do Projeto Operativo de Atenção à Saúde da População Prisional de Taquara-RS sugerida pelo pensamento matusiano, refere-se à disponibilidade de recursos econômicos e financeiros necessários para desenhar as operações. Trata-se de produzir ações que ajustem os resultados aos recursos disponíveis ou elevar os recursos às necessidades das operações. Na visão dos atores entrevistados os aspectos favoráveis que indicam a viabilidade econômica para o plano, podem ser percebidas nas falas: “Pelo que sei são R\$ 82 mil do Ministério da saúde e a contrapartida do Estado são R\$ 48 mil. O valor do Ministério subiu de R\$ 64 mil para R\$ 82 mil...”(SUSEPE); “...não vejo dificuldades

nos recursos financeiros. Há verba federal e a contrapartida do Estado...”(SUSEPE); “Acho que existe recurso financeiro...” (SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “Não há dificuldade de recurso para medicamento. Há sim, dificuldade de organização. Tem que ter alguém dentro do presídio que controle esses gastos, repassando isso no fluxo criado entre município e 2ª CRS.”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “O RS é o único estado que a gente tem conhecimento que possui incentivo estadual próprio para apoiar os municípios a assumirem a saúde prisional.”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “Em 28 de dezembro de 2006 foi publicada uma portaria que altera o valor do incentivo da saúde prisional e iguala o valor da equipe de 20h, que sempre foi proposto, para o mesmo valor que uma equipe de ESF/PSF. Aumentou o valor de R\$ 40.008,00/ano para R\$ 64.800,00/ano.”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “Pois há um recurso financeiro para isso e tudo gira em torno do financeiro, que é uma preocupação nossa, também...junto com nosso secretário da saúde, estamos, realmente, abertos. E estamos prestando esse serviço no nosso município.”(GESTOR MUNICIPAL); “Estamos até aguardando um repasse da Consulta-Popular... estamos no aguardo desse recurso.”(GESTOR MUNICIPAL)

Os aspectos desfavoráveis ao plano na visão de alguns atores também merecem ser citados: “Bom...mas não só disputamos só com o senso-comum...Nós disputamos com os gestores do sistema prisional, também, que historicamente no RS são gestores que vêem o sistema prisional como um sistema de encarceramento, e nada mais do que isso.”(CONSELHO MUNICIPAL); “Então, em última instância quem decide quanto dinheiro nós vamos ter na SUSEPE? É o povo. E a relação da nossa sociedade, ainda, com o criminoso é uma relação de vingança...Já que eu não posso te matar, tu vais sofrer... A nossa sociedade não acredita em reabilitação. E ela faz assim para provar que a realibitação não é possível. Cria condições em que a reabilitação é impossível...”(CONSELHO MUNICIPAL); “A vigilância sanitária não autorizaria, por não ter condições mínimas...tem esse nó que eu acredito contieue presente. Eu imagino que até hoje não foi solucionado, porque o Ministério da Justiça vem investindo, mas não na questão ambulatorial, dos ambulatorios de saúde. Que a gente saiba não existe nenhum recurso entrando, que eu tenha conhecimento, para reforma e adequação

especificamente para a saúde prisional e isso continua sendo um grande desafio.”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS)

A viabilidade organizacional do plano depende da capacidade da liderança política dos gestores em conduzir as estratégias de transformação dos organismos. Capacidade de planejamento estratégico, flexibilidade e descentralização gerencial, responsabilização coletiva, alto desenvolvimento de recursos humanos, avaliação permanente de resultados, sistemas que combinem decisão democrática e responsabilização pessoal e coletiva, processo decisório participativo, alto capital intelectual e capacidade de aprendizagem são características necessárias para o aumento da viabilidade organizacional do plano.

Neste sentido, a análise dos atores quanto a esta viabilidade aparece como sendo a mais fragilizada, expressa nas citações: “...na realidade não foi feito nenhum contato com a SUSEPE para formar o Plano Operativo da Saúde Prisional...”(SUSEPE); “...como somos poucos profissionais a gente acaba se envolvendo um pouco em cada área... somos 4 pessoas na Divisão de saúde que se reportam a todos os quase 100 presídios do RS...”(SUSEPE); “...desconhecia até que existia um Plano Operativo em andamento.” (SUSEPE); “O entrave ficou na parte do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no CNES...”(SUSEPE); “...a SUSEPE é que tem que fazer estas adequações (físicas). Há algumas coisas que são bem difíceis. Nós da SUSEPE não temos o CNES. Nenhuma enfermaria é cadastrada dentro do presídio, nós não temos expedição de alvará. Então, isto está sendo solicitado pra o cadastramento das equipes de saúde. E está esbarrando aí. Quando a vigilância de saúde vai, ela solicita as alterações para liberar o alvará.”(SUSEPE); “...a maior dificuldade acho que é recursos humanos. Tendo recursos humanos, tu consegue desenvolver as coisas mais facilmente. Sózinho não se consegue fazer muita coisa...”(SUSEPE); “O diretor me diz que se tirar 3 agentes daqui, fica com meia dúzia para cuidar do presídio... E eu digo-lhe: *Bem, eu cuido da saúde, não da custódia, o problema não é meu...*”(SUSEPE); “Nossas maiores dificuldades na SUSEPE são de recursos humanos, principalmente do médico” (SUSEPE); “Às vezes, a médica vai ao presídio, não para atender ao preso e, sim, para dar respostas aos laudos requeridos pelo juiz.” (SUSEPE); “Quando a gente iniciou o projeto, fui fazer uma visita lá e o administrador colocou-me que eles

tinham dificuldade de acompanhar a rotatividade dos presos...era impossível ele conseguir isso porque ele tinha duas pessoas no administrativo...”(GESTOR MUNICIPAL); “Há poucos recursos humanos, sobrecarga de trabalho...acúmulo de funções...outras prioridades, como fazer a contensão, mesmo...”(GESTOR MUNICIPAL); “Puxa! Vocês já dão o atendimento, por que não ganhar este “plus” financeiro? E, aí, esbarra nessas coisas... aqui é a parte física...é uma pena...”(SUSEPE); “...o presídio hoje não oferece o ambiente físico para fazer o atendimento de saúde. É feito lá, por um médico, mas não é no espaço adequado para ser realizada essa atividade.”(GESTOR MUNICIPAL); “Eu até nem tinha...(conhecimento da entrada do Plano Operativo na SES) o secretário da saúde e outra senhora vieram até aqui dizendo que tínhamos...que havia um projeto. Mas, depois, eu não soube mais nada...achei que tinham esquecido do presídio de Taquara.”(SUSEPE); “Sou sincero em dizer que nem corri atrás para saber em que pé estava (o Plano).” (SUSEPE); “As informações de saúde são aquelas que o preso relata. Só é atendido... se ele pedir. Se passar 10 anos sem ficar doente, vai passar 10 anos sem avaliação...”(SUSEPE); “Quando nós sentamos o primeiro problema para formatar o Plano Operacional para o Estado foi que essa Portaria (1.777) foi desenhada para um sistema prisional, para um modelo prisional de grandes casas prisionais, que não é a realidade do RS...”(CONSELHO MUNICIPAL); “...a Portaria estabelecia uma série de condições de infra-estrutura, também inadequadas para um modelo prisional de pequenas casas prisionais...”(CONSELHO MUNICIPAL); “A dificuldade que se tem é a carga de trabalho e o pouco contingente de recursos humanos para dar conta de tudo isso dentro do serviço público.” (SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “As pessoas mudam e cada vez que se substitui uma pessoa que domina o conhecimento, tem que se iniciar do ponto de partida, treinando, capacitando... e, com isso se perde muito tempo. Não inviabiliza o trabalho, mas dificulta.”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS)

Mesmo assim, algumas citações de viabilidade organizacional favoráveis foram citadas, em menor número: “...o presídio de Taquara tem um atendimento de saúde que em muitos outros locais não tem...eles são privilegiados, dentro desse contexto.”(SUSEPE); “O presídio de Taquara é considerado um presídio pequeno”(SUSEPE); “Não há falta de medicamento.”(SUSEPE); “Mas de uma forma

ou de outra, o município tem dado atendimento, tem contemplado as necessidades...temos um programa de DST/AIDS...tem medicação garantida para eles.”(GESTOR MUNICIPAL); “Em termos de recursos humanos, nós já temos, porque já estamos fazendo esse trabalho. Estamos fazendo um trabalho bom.”(GESTOR MUNICIPAL); “Nós estamos reorganizando...(o ambiente físico do atendimento de saúde prisional)”(GESTOR MUNICIPAL); “A parte humana nós temos lá e hoje é o mais difícil. O processo já está bastante adiantado e vai ser algo que nós vamos ter que cumprir e não é tão complicado. É a reforma física, só.”(GESTOR MUNICIPAL); “Hoje a prefeitura faz a parte que compete a nós. Nós temos o recurso humano, temos o equipamento, isso nós temos...”(GESTOR MUNICIPAL) ;“Na época veio um engenheiro da prefeitura junto e, segundo foi constatado, é a área ideal para fazer o projeto. Fica junto ao presídio, tem acesso por dentro, não precisa tirar o preso para fora” (SUSEPE); “Não sou um administrador ausente...nós não temos carga horária. É 24h por dia... Quanto mais eu estiver dentro do presídio, é melhor. Se der um probleminha, eu já estou aqui...”(SUSEPE) ;“A estrutura física que o presídio possui, eu acho que pode ser adequada...”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “Se essa pessoa que está apenas tiver que ser qualificada (para ser auxiliar de saúde), ela vai adquirir conhecimento e valorização pessoal, a auto-estima dela vai ficar mais elevada. Não cabe discutir se cumpre pena ou não...” (SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “Quanto aos recursos estruturais eles já estão com quase tudo pronto...”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS); “Quando um município programa as suas referências, principalmente agora, que está se retomando a proposta da PPI (Programação Programada e Integrada), a população prisional tem que ser pensada, também, nessa rede de referência.”(SECRETARIA DA SAÚDE – RS)




Estas viabilidades situacionais conformam um conjunto de “testes” independentes pelos quais deve passar o plano operativo elaborado. Cada uma delas tem implicações sobre as demais, entretanto a existência isolada de uma delas não compensa a ausência de outras.

Diante das entrevistas concedidas e, em consonância com a fundamentação teórica pesquisada, apresentamos no Quadro 3, de forma sucinta uma matriz que destaca o peso que cada ator/instituição confere aos fatores estudados e o que acredita de sua viabilidade política, econômica e organizacional em relação à implantação do Plano Operativo Municipal de Atenção à Saúde Prisional de Taquara-RS.

Para tanto, recordemos que o estudo de viabilidade abordado neste caso toma como referência a análise de três fatores interdependentes, salientando-se o fato de que a não condição de execução de qualquer um deles, não implica, necessariamente, na inexecutabilidade dos outros.

A **viabilidade política** retrata as variadas nuances que envolvem as táticas usadas pelos atores para alcançarem êxito em suas estratégias; a **viabilidade econômica** atesta as condições financeiras presentes em relação aos custos envolvidos para implantação do Plano Operativo; e a **viabilidade organizacional** certifica o preparo daqueles que estão envolvidos com o Plano Operativo e o conjunto de estruturas e instrumentos de que são dotados as organizações envolvidas no referido Plano.

Desta forma serão adotadas as seguintes notações quanto ao peso conferido pelo ator:

- a)  quando o ator atribuir grande peso a este recurso no processo de implantação do Plano;
- b)  quando o ator atribuir médio peso a este recurso no processo de implantação do Plano; e,
- c)  quando o ator atribuir baixo peso a este recurso no processo de implantação do Plano

E o seguinte critério quanto à viabilidade:

- a) alta – quando o ator imputar grande possibilidade de implantação do Plano;

- b) média – quando o ator imputar média possibilidade de implantação do Plano;
- c) baixa – quando o ator imputar pequena possibilidade de implantação do Plano.

Quadro 3 – Peso atribuído pelo ator/instituição e sua posição quanto à viabilidade

ATORES	VIABILIDADE POLÍTICA	VIABILIDADE ECONÔMICA	VIABILIDADE ORGANIZACIONAL
Técnica Biomédica da SUSEPE	ALTA	ALTA	MÉDIA
Chefe da Divisão de Saúde da SUSEPE	ALTA	MÉDIA	MÉDIA
Agente Penitenciário da SUSEPE	ALTA	ALTA	MÉDIA
Gestores Municipais de Taquara - RS	ALTA	MÉDIA	ALTA
Presidente do Conselho Municipal	ALTA	MÉDIA	MÉDIA
Técnico da Ações em Saúde da 2ª CRS	ALTA	ALTA	MÉDIA
Diretora do DAS da SES/RS (Até 03/2008)	ALTA	ALTA	ALTA

8 ANÁLISE DA VIABILIDADE E SUGESTÕES

Qual a viabilidade de implantação do Plano Operativo Municipal de atenção à saúde da população prisional do município de Taquara?

Esta foi a pergunta que norteou este estudo e nos fez pesquisar a análise de sua implantação. O fato de algo ser necessário a alguém não significa que possa executar-se sem obstáculos, nem que possa realizar-se por um organismo que não esteja comprometido com tal plano.

Entre o desenho normativo e a ação, nos diz Matus (1997) está a análise estratégica, o cálculo de viabilidade, a apreciação da eficácia política e a oportunidade de executar o desenhado em relação ao interesse, força e vontade do ator que está capacitado para executar a ação.

Os jogadores (atores sociais) presentes neste estudo, independentemente do que foi planejado na Portaria Interministerial 1.777, articulam no campo (realidade) o *pode ser* com o *deve ser*, seja no momento decisivo (a ação concreta) seja no treino (uma simulação) com uma equipe similar ao oponente real. A dimensão normativa do *deve ser* precisa articular-se com o plano estratégico do *pode ser* e o plano operacional na conjuntura da vontade de fazer.

O primeiro passo consiste em reconhecer a existência de oponentes, pontos fortes e pontos fracos do Plano, oportunidades e ameaças a ele. O Quadro 4 ilustra alguns destes pontos, percebidos durante a análise de implantação do Plano Operativo de Taquara-RS.

O conceito de oportunidade segundo MATUS, significa, pelo menos duas coisas (1997, p. 64): (1) que as condições são tão propícias quanto passageiras e é necessário aproveitá-las enquanto duram; (2) que as condições propícias são em parte, criadas pelos atores sociais, com cadeias de eventos construtores de viabilidade.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> - Atualização dos valores de custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário contemplada na PT N° 240 de 31 de janeiro de 2007 com valor/ano a ser repassado de R\$ 5.572.800,00 ao RS; - Evolução gradativa do enfoque de cidadania na sociedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nenhum estabelecimento prisional dos municípios do RS recebe hoje os incentivos financeiros para a população prisional previstos na PT 1.777 e Resolução N° 101 – CIB/RS, por não estarem qualificados às exigências legais. - Comunicação precária dos atores sociais que interagem na política de viabilização do Plano.

Oportunidades	Ameaças
<p>- Implantação de Programas Estruturantes no atual Governo contemplando a ressocialização da população prisional (RECOMEÇAR), além de investimentos financeiros previstos na política de estruturação de instituições prisionais no Estado.</p> <p>- Continuidade da mesma vontade política de saúde prisional presente no DAS/SES mesmo com a sucessão do novo diretor do departamento.</p>	<p>- Aproximação de momento eleitoral municipal com possíveis substituições de sujeitos com poder decisório;</p> <p>- Transferência recente da Engenharia Prisional da SUSEPE para a Secretaria de Obras do Estado, informação trazida nos contatos com a SUSEPE.</p>

Quadro 4 – Pontos Fracos, Pontos Fortes – Oportunidades, Ameaças

A eficácia de uma ação tem uma condição de tempo que a materializa situacionalmente. Esta condição de tempo é a oportunidade. Não há eficácia sem oportunidade da ação. E a oportunidade é esgotável e irreversível: ou se aproveita ou se perde.

A perda de controle do tempo é uma manifestação de deteriorização transitória ou definitiva da governabilidade do sistema para um ator específico. Se a deteriorização é definitiva e profunda, somente a substituição do ator e de seu projeto de governo poderão recuperar a governabilidade do sistema sob outros parâmetros. Planejar com controle do tempo é essencial para a eficácia da ação. Trata-se em realidade, de um investimento no conhecimento que apóia a ação. Adquire-se conhecimento jogando com o tempo simulado; a ação materializa-se no tempo real.

VIABILIDADE	CAPACIDADE DE DECISÕES	CAPACIDADE DE ORGANIZAÇÃO	CAPACIDADE DE PERMANÊNCIA
DIMENSÃO POLÍTICA	FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	FAVORÁVEL
DIMENSÃO ECONÔMICA	FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	FAVORÁVEL
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	FAVORÁVEL	FAVORÁVEL COM RESTRIÇÕES	VIABILIDADE A SER CONSTRUÍDA

Quadro 5- Viabilidade de Implantação do Plano Operativo Municipal de Atenção à Saúde da População Prisional de Taquara - RS

Com a análise de todos os dados coletados, foram pontuados fatores relevantes no trabalho. O Quadro 5 mostra os enfoques da viabilidade, classificando-os, para melhor entendimento, como viabilidade favorável, viabilidade favorável com restrições e viabilidade a ser construída. Favorável é o conceito atribuído para a alta viabilidade de implantação do Plano Operativo de Taquara –RS. Favorável com restrições é o conceito de média viabilidade. Aponta algumas restrições que não são impeditivas mas que estão sendo trabalhadas para a implantação do Plano Operativo de Taquara –RS. Viabilidade a ser construída é o conceito referente à baixa viabilidade, é o enfoque que não inviabiliza a situação estudada mas que refere situações que devem ser resolvidas e solucionadas, construindo a viabilidade.

Para viabilidade política, o Plano Operativo possui parecer favorável, sendo alta sua viabilidade de implantação.

Para a viabilidade econômica, o Plano Operativo também possui parecer favorável, sendo alta sua viabilidade de implantação.

Na dimensão organizacional associada à capacidade de organização, também encontramos um enfoque favorável à implantação do Plano Operativo, mas com restrições. É necessário reestruturar áreas de recursos humanos em algumas áreas, principalmente da SUSEPE e estabelecer a comunicação eficaz entre os vários atores das diferentes esferas municipais e estaduais.

A construção da viabilidade de permanência está diretamente ligada à aprovação do Plano Operativo, ainda não implantado, pois necessita da qualificação prevista na Portaria Interministerial 1.777, que inclui a adequação física exigida pela vigilância sanitária para inclusão da equipe e do estabelecimento de saúde prisional no CNES.

Nossas sugestões para superação das restrições de viabilidade encontradas neste estudo são as seguintes:

- Formação de uma equipe que possa trabalhar de forma conjunta composta por membros de todas as áreas envolvidas, quer sejam municipais ou estaduais e pertencentes à SUSEPE, à SES, 2ª CRS,

Secretaria da Saúde de Taquara. Caso se concretize a mudança da Engenharia Prisional da SUSEPE para a Secretaria de Obras, esta Secretaria deverá ter representante na equipe, cujo objetivo deve ser dar apoio e montar estratégias de superação das dificuldades encontradas.

- Conhecimento “in loco” por todos os atores envolvidos no Plano Operativo.
- Criação de meios de planejamento, controle, monitoramento e avaliação da implantação do Plano Operativo.
- Capacitação dos técnicos do município nos sistema de regulação e informação do SUS onde a equipe de saúde prisional e o estabelecimento de saúde deverão estar registrados (CNES e outros...).
- Avaliação periódica dos indicadores da saúde prisional, direcionando o foco dos programas de saúde previstos no Plano Operativo.
- Incorporar o cartão SUS e prontuário de atendimento de saúde dentro do presídio.
- Avaliação do dimensionamento de profissionais envolvidos na tarefa de implantar o Plano Operativo, principalmente na área de saúde da SUSEPE.
- Comunicação permanente entre os atores envolvidos, pois parece estar fragilizada e desarticulada.

9 CONCLUSÃO

Considerando os princípios e diretrizes do SUS dispostos na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei 8.142/90 que a complementa especialmente no que se refere à participação da comunidade na gestão do sistema e ao financiamento, e tendo a atenção básica de saúde como um direito de acesso da população em geral, parece-nos claro que a Portaria Nº 1.777, quando de forma interministerial apresenta a inclusão do direito à saúde à população carcerária, irá propor a reflexão de todos os princípios do SUS para uma população complexa que é a população prisional e com grandes necessidades e desafios na atenção à sua saúde. Esta Portaria convida-nos a trabalhar com a inclusão e a ressocialização de indivíduos marginalizados pela sociedade e da qual fazem parte.

O estudo dá a concluir que é imperioso trabalhar de forma articulada entre todas as esferas (municipal, estadual e federal), dada a complexidade de ações que exige a viabilização de implementação desta Portaria. É um desafio o seu desenvolver para acontecer na prática.

O Plano Operativo da Saúde Prisional de Taquara-RS só alcançará resultados a partir do envolvimento das Secretarias Estaduais da Saúde e da Justiça e da Secretaria Municipal de Saúde, reafirmando a prática da intersetorialidade e das interfaces que norteiam a sua construção. A SUSEPE, o Departamento de Ações em Saúde da SES, a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde e o Município de Taquara devem estar articulados de forma uníssona para a implantação do Plano Operativo.

Há vontade política presente na implantação do Plano Operativo Municipal nos gestores municipais e estaduais.

O olhar matusiano do Planejamento Estratégico Situacional apresenta-se como ferramenta eficaz para auxiliar na efetividade das ações planejadas.

O RS possui dentro dos seus 496 municípios, quase 100 presídios, envolvendo uma população carcerária de aproximadamente 20.375 (em 2005) presos e cabe aos gestores municipais a atenção básica dentro dos presídios e fora deles. Ao

Estado, compete as referências de saúde para os níveis de maior complexidade, quando inexistentes no município.

Na viabilização financeira do Plano Operativo de Atenção à Saúde da População Prisional de Taquara-RS, os recursos orçamentários do co-financiamento existem e estão previstos nos documentos legais da União, do Estado e do Município, assim distribuídos:

- Contrapartida da Secretaria de Estado da Saúde - Resolução 101/2006 – CIB/RS (Anexo D);
- Portaria No 847/GM de 2 de Junho de 2005 (Anexo E) que publica os valores do custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;
- Portaria No 240 de 31 de Janeiro de 2007 (Anexo F) que publica os novos valores de custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário com valor a ser repassado /ano (R\$) de 5.572.800,00 para o RS.
- Portaria Interministerial No 3.343, de 28 de Dezembro de 2006 (Anexo G) que altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, considerando uma equipe para até 500 presos e com carga horária mínima de 20 horas semanais, recebam o incentivo correspondente a R\$ 5.400,00/mês ou 64.800,00/ano por equipe de saúde.
- Contrapartida da Secretaria de Estado de Justiça;
- Contrapartida da Secretaria Municipal de Saúde;
- Contrapartida dos Ministérios da Saúde e da Justiça (Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Prisional previsto na PT 1.777);

- Contrapartida do Ministério da Saúde (*kits* de medicamentos básicos);
- Contrapartida do Ministério da Justiça (adequação de espaço físico e aquisição de equipamentos).

O direito à saúde da população prisional exige destinação de recursos adequada às necessidades do Sistema de Saúde. Os princípios básicos de universalidade, equidade e integralidade só podem ser viabilizados com um forte modelo de financiamento, traduzido em leis que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis. Deve também ser flexível para oferecer agilidade no uso dos recursos, porém com efetivos controles que garantam a correta aplicação.

Também percebe-se que o modelo hospitalocêntrico ainda presente na saúde prisional, embora vise o tratamento do preso, está desvinculado do modelo atual de atenção básica do SUS, privilegiando a ênfase na atenção primária com foco na prevenção dos agravos e na otimização dos custos com a saúde.

Por outro lado, observa-se a necessidade de integrar ações do Direito e da Saúde Pública, na perspectiva dos Direitos Humanos das pessoas privadas de liberdade, devendo ser motivo de estudo da comunidade científica, face à relevância do tema e a escassez de produção, havendo necessidade de novas abordagens do tema, na interface com o Direito Penal, o Processo Penal propriamente dito e a Saúde Pública, à luz dos preceitos e diretrizes do SUS.

A conclusão do estudo é de que é viável a implantação do Plano Operativo de Taquara-RS, mas que a viabilidade de continuidade desta ação dependerá da capacidade de organização de seus atores, devendo ser construída e monitorada, para garantir os recursos financeiros previstos nos documentos legais estaduais e da União.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M de; BARRETO, I.C.H.C & BEZERRA, R.C. Atenção primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2007.

ATA No 4 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARA. Fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

BRASIL. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário/Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. _____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS em seu município garantindo saúde para todos. Brasília, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, 2000.

CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA: Manual Técnico para o Controle da Tuberculose disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/020327M.pdf>. Acessado em 30/09/2007.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acessado em: 29 out. 2007.

CASTRO, Janice D.; MEDEIROS, José E. (Org.). **Sementes do SUS**. Porto Alegre: Palloti, 2006.

CHARQUEADAS. Secretaria Municipal de Saúde. Ofício SMS nº. 005/2007 da Prefeitura Municipal de Charqueadas à Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – Habilitação do Município de Charqueadas ao Programa Nacional de Saúde Prisional. 2007.

COHN, Amélia. O Estudo das Políticas de Saúde: Implicações e Fatos. In: CAMPOS, Gastão W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DALL'AGNOLL, Isaurina D.; PAIXÃO, Dilmar X. Adesão ao PSF nas Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul. In: LOPES, Marta J.M.; PAIXÃO, Dilmar X. (Orgs.) **Saúde da Família – histórias, práticas e caminhos**. Editora da UFRGS, 2007.

ECHEVERRIA, Rubens Cesar Fernandes. Análise da Viabilidade da Implantação da Linha de Cuidados para Gestantes no Município de Porto Alegre. Porto Alegre: UFRGS, 2004. Monografia de Gestão em Saúde, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**: organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir** - nascimento da prisão. Tradução Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MATUS, Carlos. **Estratégias políticas**: Chipanzé, Maquiavel e Ghandi. Tradução Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996a.

_____. **Adeus, senhor presidente: governantes governados**. Tradução Luís Felipe Rodriguez del Riego. São Paulo: Fundap, 1996b.

_____. **Política, planejamento & governo**. 3. ed. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 1997.

PEREIRA, Ana L. *et al.* **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. **A Saúde da população do Estado do Rio Grande do Sul, 2005**. Porto Alegre: CEVS, 2006.

SANCHEZ, Alexandra Roma *et al.* **A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2007.

SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL. Linhas Estratégicas para o Quadriênio 1999/2002. Avaliação Permanente da Atenção Básica. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/020327M.pdf>. Acessado em 30/09/2007.

SOUSA, M.F. de. Capital humano no PSF: revendo o passado e imaginando o futuro. In: SOUSA, M.F. de (Org). **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: HUCITEC, 2002, p.105-14.

STRAZZA, Leila *et al.* Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2007.

TAQUARA. Secretaria Municipal de Saúde. Ofício nº 237/2007 da Prefeitura Municipal de Taquara – SMS enviado à 2ª CRS. 2007.