

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO**  
**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**  
**GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**LUCAS DO CARMO SILVA**

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A GESTÃO DO**  
**CONHECIMENTO: TRANSFORMANDO O ATENDIMENTO DE SAÚDE NO**  
**SISTEMA CARCERÁRIO FEMININO**

**São Paulo**

**2021**

LUCAS DO CARMO SILVA

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A GESTÃO DO  
CONHECIMENTO: TRANSFORMANDO O ATENDIMENTO DE SAÚDE NO  
SISTEMA CARCERÁRIO FEMININO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientadora: Profa. Dra. Lara Jansiski Motta

**São Paulo  
2021**

Silva, Lucas do Carmo.

A política nacional de humanização e a gestão do conhecimento em saúde: transformando o atendimento de saúde no sistema carcerário feminino. / Lucas do Carmo Silva. 2021.

55 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2021.

Orientador (a): Prof. Dr. Lara Jansiski Motta.

1. Gestão do conhecimento em saúde. 2. Política nacional de humanização. 3. Sistema carcerário feminino.


I. Motta, Lara Jansiski. II. Título.


CDU 658:616


**LUCAS DO CARMO SILVA**

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A GESTÃO DO CONHECIMENTO:  
TRANSFORMANDO O ATENDIMENTO DE SAÚDE NO SISTEMA CARCERÁRIO  
FEMININO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.


  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Lara Jansiski Motta Godinho – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Ana Paula Taboada Sobral – Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Tatiana Ribeiro de Campos Mello – Universidade Mogi das Cruzes – UMC  
(Suplente)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Ana Freitas Ribeiro – Universidade Nove de Julho – UNINOVE  
(Suplente)

  
\_\_\_\_\_  
Sra. Juliana Terra Fernandes - (Prefeituras Municipais de Salesópolis e Mogi das Cruzes)  
- Profissional de mercado

São Paulo, 06 de abril de 2021

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as mulheres encarceradas, reduzidas ao crime cometido e invisibilizadas pela sociedade. Que nenhum direito seja violado e que o atendimento humanizado esteja sempre presente.

*E o futuro é uma aeronave que tentamos pilotar,  
Não tem tempo nem piedade, nem tem hora de chegar.  
Sem pedir licença muda a nossa vida,  
depois convida a rir ou chorar.  
Nessa estrada não nos cabe conhecer ou ver o que virá.  
O fim dela ninguém sabe bem ao certo onde vai dar.  
Vamos todos numa linda passarela  
De uma aquarela que um dia, enfim, descolorirá.*

*(Toquinho e Vinícius de Moraes)*

## AGRADECIMENTOS

A pesquisa empírica e a elaboração deste trabalho de conclusão de curso sobre o tema escolhido, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração, não se teriam realizado sem a importante contribuição e apoio de algumas pessoas que me acompanharam neste processo, por vezes, tortuoso.

Deste modo, começaria por agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Lara Jansiski Motta, que, generosamente, confiou na minha capacidade e me deu liberdade para pensar e questionar paradigmas, que me elucidou com o seu profundo conhecimento científico e que me facultou os meios para iniciar este percurso, obrigado pela acolhida, pela compreensão e por não desistir de mim.

Aos demais professores, mestres e doutores, por seu compromisso com o processo de formação, que me ensinaram e por toda criticidade que aguçaram em mim.

Aos colegas de turma, por compartilharem os momentos mais angustiantes e libertadores desses dois anos.

A PFC (Penitenciária Feminina da Capital), que me acolheu como estagiário quando ainda era aluno do curso de Psicologia, pois possibilitaram que eu conhecesse efetivamente a realidade do sistema carcerário feminino, despertando meu olhar mais humanizado.

Ao meu querido amigo Fredi Moise, por me acolher, aconselhar e contribuir pra que um ano tão difícil como 2020 tivesse um pouco de leveza.

Finalmente, agradeço à minha família, minha base e exemplo. A minha mãe pela paciência e o constante incentivo, sobretudo nos momentos mais complicados, tendo assim sido um forte pilar de apoio e impulso para seguir em frente, ao longo de todo este processo.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMSTAR – *ASSESSMENT OF MULTIPLE SYSTEMATIC REVIEWS*

BDEF – BASE DE DADOS DE ENFERMAGEM

BVS – BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE

CONSORT – *CONSOLIDATED STANDARDS OF REPORTING TRIALS*

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

GC – GESTÃO DO CONHECIMENTO

GCS – GESTÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

IST'S – INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

LEP – LEI DE EXECUÇÃO PENAL

LILACS – LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DE SAÚDE

MEDLINE – LITERATURA INTERNACIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

NASF – NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

PNAISP – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PNSSP – PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PRISMA – *PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES*

SCIELO – *SCIENTIFIC ELETRONIC LIBRARY ONLINE*

STROBE – *STRENGTHENING THE REPORTING OF OBSERVATIONAL STUDIES IN EPIDEMIOLOGY*

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Princípios da Política Nacional de Humanização (PNH)	21
<b>Quadro 2:</b> Diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH)	22
<b>Quadro 3</b> – Caracterização das referências utilizadas, segundo tipo de publicação, identificação, título, identificação de autores, ano e local de publicação	29
<b>Quadro 4</b> – A Política Nacional de Humanização, artigo 01	32
<b>Quadro 5</b> – A Política Nacional de Humanização, artigo 02.	33
<b>Quadro 6</b> – A Política Nacional de Humanização, artigo 03.	33
<b>Quadro 7</b> – A Política Nacional de Humanização, artigo 04.	33
<b>Quadro 8</b> – A Política Nacional de Humanização, artigo 05.	34
<b>Quadro 9</b> – Sistema Carcerário Feminino, artigo 01.	37
<b>Quadro 10</b> – Sistema Carcerário Feminino, artigo 02.	37
<b>Quadro 11</b> – Sistema Carcerário Feminino, artigo 03.	38
<b>Quadro 12</b> – Sistema Carcerário Feminino, artigo 04.	38
<b>Quadro 13</b> – Sistema Carcerário Feminino, artigo 05.	39
<b>Quadro 14</b> – Sistema Carcerário Feminino, artigo 06.	39
<b>Quadro 15</b> – Sistema Carcerário Feminino, artigo 07.	40
<b>Quadro 16</b> – Sistema Carcerário Feminino, artigo 08.	40
<b>Quadro 17</b> – Sistema Carcerário Feminino, artigo 09.	41
<b>Quadro 18</b> – Sistema Carcerário Feminino, artigo 10.	41
<b>Quadro 19</b> – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 01.	44
<b>Quadro 20</b> – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 02.	44
<b>Quadro 21</b> – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 03.	45
<b>Quadro 22</b> – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 04.	45
<b>Quadro 23</b> – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 05.	46

<b>Quadro 24</b> – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 06.	47
<b>Quadro 25</b> – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 07.	47
<b>Quadro 26</b> – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 08.	48
<b>Quadro 27</b> – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 09.	48
<b>Quadro 28</b> – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 10.	49

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Pólos Teóricos	19
<b>Figura 2:</b> Fluxograma da seleção da produção utilizada no estudo	28

## RESUMO

**Objetivo:** O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão sistemática de literatura a partir de três polos teóricos distintos, a gestão do conhecimento em saúde, a política nacional de humanização e o sistema carcerário feminino, compreendendo seu entrelaçamento e a importância de cada aspecto para a garantia de direitos. Cada vez mais demanda-se a urgência de uma melhor gestão do conhecimento na integralidade da atenção à saúde. Sobretudo, a aplicação de tal método na disseminação da PNH no ambiente carcerário feminino. As informações em saúde são entendidas como insumo principal para a garantia da qualidade e direito dos cidadãos no acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS. **Metodologia:** A metodologia utilizada para a pesquisa foi a revisão sistemática da literatura, por meio do levantamento bibliográfico nas bases de dados, PubMed/MEDLINE; Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). **Resultados:** A busca eletrônica resultou em 257 documentos publicados no período de 2010 a outubro de 2020. Como resultados, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados e avaliados 25 estudos. No que concerne às modalidades do tipo das produções foram selecionados artigos de periódicos, teses, dissertações e trechos de livros. **Conclusões:** A pesquisa evidencia a importância de fornecer subsídios ao sistema carcerário feminino no aspecto gerencial, quanto à coleta, tratamento e disseminação das informações acerca da PNH e suas diretrizes e princípios, e reconhece que existem vários problemas durante esse processo (falta de qualificação, infraestrutura, entre outros). Acredita-se que estes aspectos serão solucionados a partir da constituição de equipes pluridisciplinares e sensíveis, que atuem em prol da disseminação do conhecimento e do bem estar biopsicossocial dessas mulheres encarceradas.

**Palavras-chave:** Gestão do Conhecimento em Saúde, Política Nacional de Humanização, Sistema Carcerário Feminino

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of this work was to perform a systematic literature review based on three distinct theoretical poles, knowledge management in health, the national humanization policy, and the female prison system, understanding their intertwining and the importance of each aspect for the guarantee of rights. There is an increasing demand for a better knowledge management in integral health care. Above all, the application of such a method in the dissemination of the NHP in the female prison environment. Health information is understood as the main input for ensuring the quality and right of citizens to access the services provided by SUS. **Methodology:** The methodology used for the research was the systematic literature review, through bibliographic survey in the databases, PubMed/MEDLINE; Latin American Literature on Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). **Results:** The electronic search resulted in 257 documents published in the period from 2010 to October 2020. As results, after applying the inclusion and exclusion criteria, 25 studies were selected and evaluated. Regarding the type of productions, journal articles, theses, dissertations, and book excerpts were selected. **Conclusions:** The research highlights the importance of providing subsidies to the women's prison system in the managerial aspect, regarding the collection, treatment and dissemination of information about the NHP and its guidelines and principles, and recognizes that there are several problems during this process (lack of qualification, infrastructure, among others). It is believed that these aspects will be solved from the constitution of multidisciplinary and sensitive teams, which act in favor of the dissemination of knowledge and the biopsychosocial well-being of these incarcerated women.

**Keywords:** Healthcare Knowledge Management, National Humanization Policy, Women's Prison System

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA .....	16
1.1.1	Questão de Pesquisa .....	17
1.2	OBJETIVOS .....	17
1.2.1	Geral .....	17
1.2.2	Específicos.....	17
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	17
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO .....	18
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
2.1	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	19
2.2	SISTEMA CARCERÁRIO FEMININO.....	23
2.3	GESTÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE .....	23
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>25</b>
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	25
3.2	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS .....	27
<b>4</b>	<b>RESULTADOS DA PESQUISA .....</b>	<b>28</b>
4.1	DISCUSSÃO DA PESQUISA .....	32
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA .....</b>	<b>51</b>
	REFERÊNCIAS. ....	49

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de humanização é polissêmico, engloba inúmeros enunciados e é permeado por imprecisões. Entretanto, as formas de perceber ou entender humanização não são diferentes de sua prática, o que difere, é a maneira como esses profissionais recebem essas políticas e as reproduzem. A humanização pode ser compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, baseado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, preconizados por atitudes éticas e humanas (Heckert et al., 2009). A humanização também é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários de saúde. Algumas produções acadêmicas compreendem que a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) abrange: condições de trabalho, modelo de assistência, formação permanente dos profissionais, direitos dos usuários e avaliação do processo de trabalho (Heckert et al., 2009).

A ausência de pesquisas e publicações relacionadas à população privada de liberdade no que concerne os aspectos de saúde. Em relação aos poucos estudos existentes, destacam-se os quantitativos, como mostra recente revisão sobre o tema (Gois et al., 2012), destacando à partir de um contexto social uma falha no comprometimento da aplicabilidade dos princípios de universalidade, equidade e integralidade propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da Lei de Execução Penal – LEP, nº 7.210, de 1984 (Brasil, 1984), a saúde no sistema prisional deixou de ser consistida em ações pontuais, tendo o Estado assumindo esse dever como sendo direito de todo cidadão, incluindo pessoas em privação de liberdade. O SUS preconiza o acesso à saúde de forma universal, no entanto esse princípio não funcionava na prática dentro das unidades prisionais, seja pela deficiência no acesso a profissionais de saúde, local adequado e/ou materiais necessários para determinados procedimentos.

As publicações das Portarias Interministeriais (Saúde e Justiça) nº 668/2002 e nº 1.777/2009, proporcionaram uma mudança significativa no acesso a saúde pela população carcerária, apesar de suas fragilidades, sendo assim instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que esteve vigente no período de 2002 a 2013, e recentemente pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014 (Brasil, 2003).

De acordo com o conceito de saúde que foi afirmado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, aspectos como: boas condições de alimentação, renda, meio ambiente, habitação,

transporte, trabalho, emprego, liberdade, lazer, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde, proporcionam um bem estar biológico, psicológico e social para os indivíduos, garantindo assim pelo Estado condições dignas de vida e de acesso igualitários aos serviços de saúde, seja nos serviços de baixa, média ou alta complexidade. Faz se importante o cuidado compartilhado, proporcionando acesso também à serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, considerando todos os seus níveis no território nacional (Brasil, 1986).

De acordo com a Lei de Execução Penal brasileira (Brasil, 1984), a atenção à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, deve compreender atendimento médico, farmacêutico e odontológico; e quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover tal assistência, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção da instituição.

Identificando os principais pontos de fragilidade no que concerne o atendimento de saúde sob a perspectiva da Política Nacional de Humanização, se vê necessário a implementação de um modelo de Gestão do Conhecimento, com o intuito de disseminar os princípios e diretrizes da PNH nos profissionais de saúde que atuam no sistema carcerário feminino.

A Gestão do Conhecimento é caracterizada pelo seu processo de organização e distribuição do saber coletivo dentro das instituições, com o intuito de proporcionar um compartilhamento das informações entre os indivíduos que precisam delas, de forma eficaz e sem a presença de ruídos nesse processo (Robbins, 2004). Desta forma, possibilitando melhorias nos processos e nos resultados obtidos, que são oriundos do capital intelectual e humano daqueles atuantes desde o início até o fim do processo.

Mesmo com o advento da Gestão do Conhecimento (GC) dentro das instituições, ainda existe um ponto de fragilidade no que diz respeito a sua implementação. Muitos gestores e demais pessoas atuantes no processo não têm uma visão clara sobre como utilizar a GC como ferramenta de competitividade, seja pela dificuldade em incorporá-la em um modelo de gestão já existente ou pela cultura da empresa que impossibilita uma nova perspectiva sobre como usar essa ferramenta de forma estratégica.



## 1.1 Problema de Pesquisa

O aumento da população carcerária nos últimos anos é um importante indicativo para mensurar o crescimento da violência, conseqüentemente deixando cada vez mais aparente a violação dos direitos humanos nas instituições prisionais. (Estevam, 2019)

Ficando apenas atrás dos Estados Unidos, China e Rússia, o Brasil tem a 4ª maior população carcerária feminina do mundo. Tendo como característica em comum, as mulheres submetidas ao cárcere são mães, com baixa escolaridade e de classe social economicamente baixa. (Lisboa, 2018). Considerando esse cenário de grande abismo social, para muitas dessas mulheres o crime se torna uma questão de sobrevivência como a única maneira de conseguir recursos para promover o sustento de suas famílias. O envolvimento com o tráfico de drogas representa 68% das mulheres presas, sem relação com o crime organizado, mas principalmente pelo pequeno comércio e até mesmo pelo uso próprio. Considerando esse cenário de invisibilidade social e omissão do Estado, atrás das grades há uma negligência muito maior, conseqüentemente prejudicando a recuperação dessas mulheres, sendo responsável também pela reincidência (Costa et al., 2020).

Em relação à saúde das mulheres ingressas no sistema carcerário, muitas delas chegam com um histórico de saúde lamentável, acometidas por IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis), demais infecções causadas pela falta de saneamento básico, gestantes que nunca tiveram um acompanhamento pré natal, desnutridas e com doenças crônicas como hipertensão e diabetes (Mello, 2019). Mulheres grávidas e lactantes estão presas alojadas em locais com péssimas condições sanitárias, sem nenhuma estrutura adequada para cuidar de uma criança recém nascida. Também há relatos de que profissionais de saúde atuantes nas unidades prisionais femininas, receitavam ansiolíticos e antidepressivos para as presas, sem nenhuma prescrição médica, com o intuito de deixá-las mais "dóceis".

### 1.1.1 Questão de Pesquisa

A Gestão do Conhecimento é capaz de oferecer subsídios na disseminação da Política Nacional de Humanização no Sistema Carcerário Feminino?

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Geral

O objetivo principal dessa pesquisa foi realizar uma análise de como a Gestão do Conhecimento em Saúde preconizada pela Política Nacional de Humanização pode contribuir para a melhoria dos serviços de saúde prestados em unidades prisionais femininas

### 1.2.2 Específicos

Disseminação dos princípios e diretrizes estabelecidos pela Política Nacional de Humanização;

Identificar as fragilidades encontradas nos atendimentos de saúde em unidades prisionais femininas;

Avaliar a Gestão do Conhecimento em Saúde como ferramenta norteadora na disseminação de políticas de saúde.

## 1.3 Justificativa para Estudo do Tema

A relevância para o estudo do tema caracteriza-se pela presença constante de violação de direitos humanos no que diz respeito ao acesso social à saúde que consta no Art. 6º da Constituição Federal. Com um número limitado de artigos sobre a saúde da mulher encarcerada, explorar uma área com baixa incidência de estudos e pesquisas acadêmicas e com importante relevância social, além de oferecer à gestão subsídios para o planejamento estratégico das ações de saúde e de atendimento humanizado nas unidades prisionais,

respeitando a PNH e os direitos constitucionais, incluindo as especificidades da mulher no ambiente carcerário.

#### 1.4 Estrutura do Trabalho

O trabalho foi estruturado em 5 capítulos sendo que o primeiro capítulo é constituído pela Introdução em que se explana os pontos relevantes que desencadearam o desejo em expandir o conhecimento e elaborar o presente estudo.

O Capítulo 2 reporta-se ao “Referencial Teórico” que consiste na explanação do embasamento teórico, pontuando os temas mais relevantes a serem abordados no trabalho. O mesmo abarca 3 pólos que são: 2.1 – Política Nacional de Humanização; 2.2 – Sistema Carcerário Feminino e 2.3 – Gestão do Conhecimento em Saúde.

Logo depois, no Capítulo 3, em “Procedimentos Metodológicos” se descreveu o processo metodológico empregado na pesquisa, através dos itens: 3.1 “Delineamento da Pesquisa” em que é relatado o tipo de abordagem do estudo e 3.2 “Procedimentos de Análise dos Dados” no qual se descreve sobre a seleção dos artigos e a forma em que foram analisados.

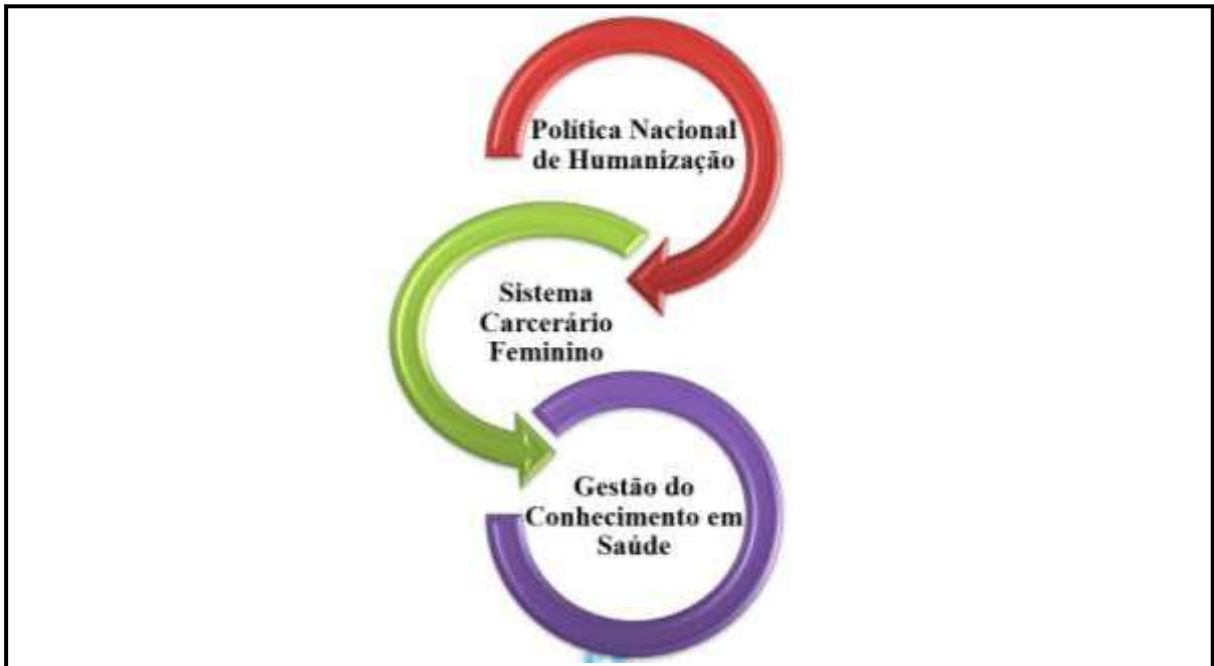
Seguidamente, no Capítulo 4, são apresentados os “Resultados da Pesquisa” em que são expostos quais foram os artigos escolhidos. Por fim, no item 4.1 “Discussão dos Resultados” em que os resultados obtidos são confrontados.

Por último, o Capítulo 5, em que são explanadas as “Considerações Finais e Implicações para a Prática” a respeito da contribuição da Gestão do Conhecimento em Saúde para a Disseminação da Política Nacional de Humanização no Sistema Carcerário Feminino.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

O Referencial Teórico foi estruturado a partir de 3 pilares, conforme representado na figura 1.

**Figura 1:** Pólos Teóricos



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2021

### 1.5 Política Nacional de Humanização

Em 2003, o Ministério da Saúde implanta a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, ampliando assim, o campo de assistência hospitalar para todos os serviços de saúde. (Barbosa et al., 2013). Humanizar é o valor que promove o respeito à vida humana, no que tange as relações sociais, éticas, educacionais e psíquicas. É fundamental que seja complementar em relação aos aspectos técnico científicos, no conhecimento especializado, nas generalidades e casualidades. Valoriza se o estado emocional que é inseparável do físico e biológico, é acolher de forma ética, reconhecendo os limites, é mesclar o conhecimento técnico científico conhecido e dominado com o imprevisível, incontrolável diferente e singular (Brasil, 2001).

Falar em humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários

responsabilidade daqueles envolvidos nesse processo de trabalho. É necessário que a equipe de saúde reflita e discuta sobre os impactos causados pela sua atuação e práticas adotadas no relacionamento com os usuários. Da portaria ao consultório, da copa à sala de procedimentos, do jardim à visita domiciliar (Rizzotto, 2002) .

Para a implementação efetiva da Política Nacional de Humanização (PNH), é necessário que os recursos materiais e humanos sejam suficientes, caso contrário sempre haverá uma falha estrutural que dificilmente será resolvida de forma desburocratizada.

A Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc.); fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. (Brasil, 1990)

A Política Nacional de Humanização, é uma política pública no SUS voltada para ativação de dispositivos que favoreçam ações de humanização no âmbito da atenção e da gestão da saúde no Brasil. (Brasil, 2010)

**Quadro 1:** Princípios da Política Nacional de Humanização (PNH)

<b>Princípios da Política Nacional de Humanização (PNH)</b>	
<b>Transversalidade</b>	<p>A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.</p>
<b>Indissociabilidade entre Atenção e Gestão</b>	<p>As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede socio familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.</p>
<b>Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e Coletivos</b>	<p>Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.</p>

Fonte: *Política Nacional de Humanização - PNH (2013)*

**Quadro 2:** Diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH)

<b>Diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH)</b>	
<b>Acolhimento</b>	Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socio afetiva.
<b>Gestão Participativa e Cogestão</b>	Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.
<b>Ambiência</b>	Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.
<b>Clínica Ampliada e Compartilhada</b>	A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.
<b>Valorização do Trabalhador</b>	É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.
<b>Defesa dos Direitos dos Usuários</b>	Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Fonte: *Política Nacional de Humanização - PNH (2013)*

## 1.6 Sistema Carcerário Feminino

De acordo com (Lisboa, 2018), a população carcerária feminina aumentou vertiginosamente nos últimos anos. Houve um aumento de 656% entre os anos de 2000 e 2016, chegando ao patamar de 42.355 mulheres presas, considerando que a população carcerária masculina cresceu em torno de 293% no mesmo período. Tal fato repercute diretamente na luta pela promoção de políticas públicas e políticas específicas dentro do sistema carcerário, a fim de combater a negligência do Estado e desigualdade de gênero.

O atendimento proporcionado as mulheres dentro dos presídios são praticamente os mesmos destinados aos homens, desconsiderando as especificidades femininas e suas particularidades, dificultando o processo de ressocialização dessas mulheres apenadas, gerando maior complexidade (França, 2014).

Há a necessidade de abordar as questões de gênero e o atendimento de saúde prestado nas unidades prisionais femininas, com o intuito de gerar demanda no Estado e impulsionar a criação de políticas públicas específicas para a situação da mulher encarcerada (Cury & Menegaz, 2017). Trata-se de um campo cujo dissenso é uma característica principal, buscando orientar uma tentativa de definição conceitual, quebrando paradigmas existentes em projetos específicos de políticas públicas.

As condições limites de vida e saúde da população que se encontra em unidades prisionais, levam-nos a refletir que embora a legislação vise a prevenir o crime e a garantir o retorno à convivência social, as precárias condições de confinamento tornam-se um dos empecilhos a esta meta, bem como impossibilitam o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva.

## 1.7 Gestão Do Conhecimento Em Saúde

Para que seja eficaz a implantação da Gestão do Conhecimento nas instituições, faz-se necessário que todos os pilares interdependentes estruturais possam ser compreendidos em sua totalidade no tocante a seus próprios papéis, bem como a relevância de cada uma das partes em todo o processo, devendo estar alinhados a alta cúpula administrativa, o meio sociocultural, a gestão de pessoas e os campos analíticos risco/efeito visando um feedback simultâneo e efetividade de resultados. Isto posto, é imperativo termos em mente que a GC



terá impacto direto em toda a cadeia processual, interferindo diretamente nos níveis organizacional e individual, estratégico e operacional, normas formais e informais.

De acordo com (Magalhães et al., 2018), o cerne da Gestão de Conhecimento reside em transformar parte do conhecimento, em qualquer que seja sua esfera existencial, não importando se idealizado ou documental, processual ou prático contanto que ao fim, a Gestão do Conhecimento seja eficaz de modo a torná-lo disponível a aplicação, uma vez que sua mera existência nada mais é que obsolescência, a menos que seja ele acessível e esteja disponível a ser aplicado em sua plenitude.

Espera-se que, em decorrência da aplicação de tais ferramentas o conhecimento torne-se parte do cotidiano, promovendo transformação por meio da aplicação tecnológica e do conhecimento como veículo condutor estratégico visando produzir maior valor agregado para quaisquer que sejam seus contextos de inserção. Em suma, pode-se dizer que a Gestão do Conhecimento é o plano de ação através do qual, agrega-se o maior número de ferramentas possíveis, visando um maior nível de divulgação, aplicação e otimização do conhecimento para que ao fim, se possa alcançar plenamente os objetivos da instituição (Cicone et al., 2015).

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 2.1 Delineamento da Pesquisa

Neste estudo foi realizado uma overview das publicações científicas que contemplaram a política nacional de humanização e a gestão do conhecimento em saúde no sistema carcerário feminino. O delineamento da pesquisa foi realizado baseando-se nas recomendações para revisões sistemáticas da declaração PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), metodologia intensamente recomendada e que agrega caráter robusto e protocolar às evidências científicas (GALVÃO; PANSANI; HARRAD2015).

A revisão integrativa da literatura é um método que consiste em analisar de forma crítica, estudos anteriores sobre a temática selecionando-os de acordo com as fases organizativas que permitem analisar e avaliar os dados coletados. Devido à alta demanda de informações na área da saúde, se faz necessário a triagem dos artigos subsidiados em evidências comprovadas para pesquisas científicas. A partir desta premissa, a revisão integrativa proporciona uma organização dos resultados mais relevantes das pesquisas (CROSSETTI, 2012).

Esta pesquisa caracteriza-se como bibliográfica documental, tendo como estratégia de pesquisa o método da revisão sistemática. A abordagem dos dados coletados para classificação das evidências e síntese foi a abordagem qualitativa.

A presente overview incluiu artigos em inglês, espanhol e português publicados entre 2010 e outubro de 2020, que apresentaram pesquisas sobre as relações entre a gestão do conhecimento em saúde, o sistema carcerário feminino e a política nacional de humanização.

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados eletrônicas; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período de 2010 a outubro de 2020. A escolha dessas bases de dados se deu em virtude de sua abrangência nacional e internacional consideradas referências na produção do conhecimento na área de saúde e por permitir acesso dos dados atualizados.

Descritores utilizados para a busca e seleção dos artigos: Humanização; política nacional de humanização, cuidado em saúde, sistema carcerário feminino, mulher presa, mulher encarcerada, gestão do conhecimento em saúde, gestão do conhecimento.

Após a seleção dos artigos, eles foram lidos na íntegra e analisados de maneira sistemática. Dois revisores de forma independente conduziram a avaliação inicial de títulos relevantes, posteriormente resumos e por fim texto completo. A partir desta sequência, foi criada uma coleção dos estudos para a avaliação pelos revisores. Em caso de divergências, um terceiro revisor julgou a inclusão ou a exclusão do estudo.

Considerando os critérios de Inclusão: Artigo completo, texto publicado em português, inglês e espanhol no período de 2010 a outubro de 2020, totalizaram 257 artigos os quais foram avaliados os resumos e selecionados a partir dos critérios pré-estabelecidos, a partir de então 25 periódicos compuseram a amostra; sendo excluídos artigos anteriores a 2010, idioma estrangeiro e aqueles que não englobaram a temática. A fim de facilitar a coleta de dados realizou-se a tabulação dos artigos constando informações sobre: o número da referência do artigo, nome do autor, ano de publicação, título do artigo, objetivo proposto, metodologia utilizada, principais resultados e conclusão, agrupadas em uma tabela para facilitar a visualização.

Foram extraídos dos artigos as informações dos itens: objetivo do artigo, presença análise estatística, desenho do estudo, métodos de avaliação, resultados de interesse e conclusões dos autores.

No que se refere à avaliação da qualidade metodológica, foi realizada a análise por meio dos instrumentos específicos para cada desenho de estudo como a Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR). Este instrumento avalia a qualidade de revisões sistemáticas, construído a partir da análise e da atualização de outros instrumentos. Assim como o AMSTAR, para ensaios clínicos é utilizado o Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) e o Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para estudos observacionais. Foram avaliados os itens: documentação da qualidade científica dos estudos incluídos; uso da qualidade científica dos estudos incluídos na formulação das conclusões; adequabilidade dos métodos utilizados para combinar os achados dos estudos; avaliação da probabilidade de viés da publicação; e inclusão do conflito de interesse. A pontuação total de cada estudo foi obtida pela soma de um ponto para cada resposta positiva em relação aos itens. Qualquer outra resposta não pontuada.

## 2.2 Procedimentos de Análise de Dados

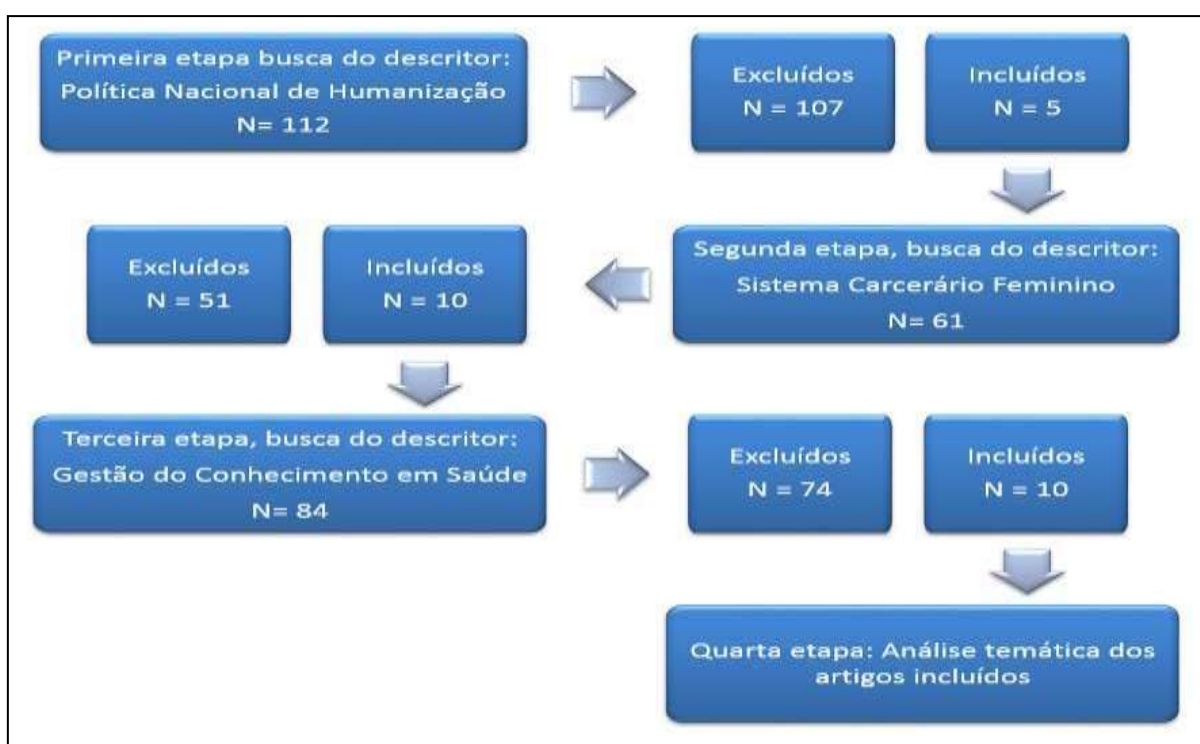
Para análise, foram incluídos artigos de pesquisa, estudos de caso, relatos de experiências, teses e capítulos de livros, escritos em língua portuguesa, publicados entre 2010 e outubro de 2020. Os dados foram apresentados de maneira descritiva e qualitativa, de forma a sintetizar as informações relacionadas às fragilidades encontradas nos atendimentos de saúde em unidades prisionais femininas e delineando uma proposta de modelo de gestão do conhecimento a partir dos critérios da PNH.

### 3 RESULTADOS DA PESQUISA

A busca eletrônica resultou em 257 documentos publicados no período selecionado. Aplicando-se os critérios de inclusão foram selecionados 25 estudos. No que concerne às modalidades do tipo das produções foram selecionados artigos de periódicos, teses, dissertações e trechos de livros.

A partir dos resultados obtidos realizou-se a leitura da produção, no intuito de verificar a adequação à questão norteadora da pesquisa proposta. O procedimento adotado foi sintetizado conforme figura 2.

**Figura 2:** Fluxograma da seleção da produção utilizada no estudo



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2020

O levantamento bibliográfico realizado compreendendo o período de 2010 a outubro de 2020 possibilitou a seleção de estudos e textos que tratam diretamente da questão abordada na pesquisa. No que diz respeito ao recorte temporal estabelecido na pesquisa, as publicações selecionadas ficaram distribuídas da seguinte forma:

**Quadro 3** – Caracterização das referências utilizadas, segundo tipo de publicação, identificação, título, identificação de autores, ano e local de publicação.

Ano	Revista	Autor	Título
2010	Ciência & Saúde Coletiva	BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta	Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários
2010	Revista Brasileira de Enfermagem	CORBELLINI, et al	Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro
2010	LUME, Repositório Digital	MAURO, Angela Gonzalez del	Gestão do conhecimento em saúde no Brasil: uma abordagem preliminar
2011	Psicologia & Sociedade	ROMERO, Norma Susana; PEREIRA-SILVA, Nara Liana	O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização
2012	Revista Projeção, Direito e Sociedade	AZEVEDO, et al	O papel do agente penitenciário no processo de humanização no presídio feminino do Distrito Federal – Colméia
2012	Ciência & Saúde Coletiva	GOIS, Swyanne Macêdo et al	Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária
2011	Revista Brasileira de Enfermagem	BARBOSA, Guilherme Correa et al	Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa
2013	Revista de Saúde Pública	NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José	Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática

		Roque	
2013	Educação & Realidade	IRELAND, Timothy D.; LUCENA, Helen Halinne Rodrigues de	O presídio feminino como espaço de aprendizagens
2014	Revista Ártemis	FRANÇA, Marlene Helena de Oliveira	Criminalidade e prisão feminina: uma análise da questão de gênero
2015	Saúde e Pesquisa,	CICONE, et al	Gestão do conhecimento em organizações de saúde: revisão sistemática de literatura
2015	Escola Anna Nery	HATJE, Luis Felipe	Gênero e prisão: a invisibilidade da mulher no sistema penitenciário-perspectivas com a construção do presídio feminino regionalizado do Rio Grande/RS
2016	Revista Brasileira de Educação e Saúde	MELO, et al	Serviços de saúde à população carcerária do Brasil: uma revisão bibliográfica
2016	Physis: Revista de Saúde Coletiva	BARSAGLINI, Reni	Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios
2017	Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa	QUINTANS, Benjamin Salgado	A gestão do conhecimento como elemento facilitador para melhoria de processos em serviços de saúde: um estudo de caso
2017	Anais do IHMT	BEZERRA, et al	A gestão do conhecimento no contexto de uma emergência em Saúde Pública: o caso da síndrome congênita do Zika vírus, em Pernambuco, Brasil

2017	ARCA Fiocruz	SILVA, Elaine Lucia	Análise crítica de um modelo de diagnóstico de práticas de gestão do conhecimento para futura aplicação no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS)
2017	RAHIS, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde	PIRES, et al.	Diagnóstico do Nível de Gestão do Conhecimento em uma microempresa do ramo de saúde
2018	Perspectivas em Gestão & Conhecimento	OLIVEIRA, Cibele Lopes Rizzuto de; CRIBB, André Yves	A gestão do conhecimento para o desenvolvimento de inovações em uma empresa de pequeno porte: O caso BHS Comércio de Produtos para Saúde - EPP
2018	Anais do IHMT	MAGALHÃES, et al	Gestão do conhecimento em tempos de big data: um olhar dos desafios para os sistemas de saúde
2018	Ponto de Acesso - Revista do Instituto de Ciência da Informação da FBA	SOUZA, Angela Cristina Cordeiro	Informação e tecnologias de informação em saúde: fontes e mecanismos de transferência de conhecimento para a gestão do sus em hospitais com termo de adesão à rede INOVARH-BA
2019	Physis: Revista de Saúde Coletiva	BEZERRA, et al	Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação
2019	Repositório Digital	MELLO, Lorena Barbosa	Aspectos gerias sobre o sistema carcerário feminino no Brasil: uma



	Unicesumar		realidade degradante e indigna
2020	Escola Anna Nery	ARAUJO, Moziane Mendonça de et al	Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas
2020	Cadernos EBAPE.BR	SANTOS, Bruna Rios Martins; REZENDE, Vânia Aparecida	Sistema carcerário feminino: uma análise das políticas públicas de segurança com base em um estudo local

**Fonte:** Adaptado de vários autores, 2021

### 3.1 DISCUSSÃO DA PESQUISA

Os documentos foram separados de acordo com os pólos teóricos, descrevendo a metodologia, objetivo, resultados e conclusão, conforme mostrado nos quadros 04, 05, 06, 07 e 08.

**Quadro 4** – A Política Nacional de Humanização, artigo 01.

<b>Título</b>	<b>Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários</b>
<b>Autor</b>	BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta
<b>Metodologia</b>	Trata-se de um estudo qualitativo de design exploratório-descritivo realizado em cinco UBS da rede municipal de saúde de um município de grande porte do estado de Santa Catarina
<b>Objetivo</b>	O presente artigo identifica e analisa as implicações éticas oriundas das práticas cotidianas de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus reflexos na Atenção à Saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)
<b>Resultados</b>	Os resultados obtidos representam um revés na implementação desta prática em consonância com os princípios da universalidade no acesso, da integralidade na atenção e da garantia do direito à saúde.
<b>Conclusão</b>	Na voz dos usuários, sobressaíram diferenças marcantes entre o que se caracterizou como o desejo de se sentir acolhido com respeito, tendo atendidas suas necessidades, e as frustrantes experiências vivenciadas no cotidiano das UBS, as quais revelam situações de exclusão e negação do direito à saúde

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 5** – A Política Nacional de Humanização, artigo 02.

<b>Título</b>	<b>Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro</b>
<b>Autor</b>	CORBELLINI, et al
<b>Metodologia</b>	Estudo qualitativo do tipo observacional, baseado na Arqueologia e na Genealogia de Michael Foucault, com enfermeiros diplomados de um Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade da região Sul do Brasil.
<b>Objetivo</b>	A investigação teve como objetivo conhecer os nexos e desafios entre a formação e a práxis profissional e as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.
<b>Resultados</b>	A análise apontou três temáticas nos discursos dos diplomados - Sistema Único de Saúde, formação generalista e humanização.
<b>Conclusão</b>	O estudo revelou uma aproximação das concepções e orientações das Diretrizes Curriculares e do SUS com a realidade da práxis profissional, bem como desafios para a formação do enfermeiro.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 6** – A Política Nacional de Humanização, artigo 03.

<b>Título</b>	<b>O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização</b>
<b>Autor</b>	ROMERO, Norma Susana; PEREIRA-SILVA, Nara Liana
<b>Metodologia</b>	O método utilizado foi o de Análise Institucional e do Apoio Institucional, como uma forma de análise e leitura grupal/institucional
<b>Objetivo</b>	Considerando o que preconiza essa política, este trabalho visa problematizar o lugar do psicólogo na gestão de um hospital da rede pública de Brasília
<b>Resultados</b>	A proposta da PNH conduz a caminhos que ecoam com princípios de equidade, justiça social e encontro genuíno, mas, não ingênuo, com o outro. O engajamento neste novo campo de atuação conduz a questionamentos importantes sobre as práticas psi e o instituído, sobre a saúde e a doença, sobre as forças visíveis e invisíveis nas relações de poder que interagem em uma instituição e em seus atores
<b>Conclusão</b>	A presente prática de implementação da PNH em um hospital público do Distrito Federal possibilitou confrontar a práxis com a teoria de uma forma mais abrangente, viabilizando uma construção de novos olhares e ações transformadoras neste encontro com o outro, o qual é considerado como sujeito produzido e produtor, historicizado

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 7** – A Política Nacional de Humanização, artigo 04.

<b>Título</b>	<b>Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa</b>
<b>Autor</b>	BARBOSA, Guilherme Correa et al

<b>Metodologia</b>	A revisão integrativa foi escolhida porque corresponde a um método de pesquisa que viabiliza análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo, favorecendo a caracterização do conhecimento produzido sobre humanização e educação
<b>Objetivo</b>	Buscou-se conhecer, através de uma revisão integrativa, a produção científica sobre a Política Nacional de Humanização e a educação de trabalhadores e alunos da área da saúde, no período de 2002 a 2010
<b>Resultados</b>	Com relação ao processo de trabalho os artigos indicam alguns desafios a serem enfrentados, quais sejam: trabalhadores desvalorizados em seu cotidiano institucional, precarizados e baixo investimento em educação permanente
<b>Conclusão</b>	Os três eixos analisados por esta investigação a humanização e cuidado com os usuários, a humanização e o processo de trabalho e a humanização e a formação indicam possibilidades de novas investigações sobre a temática de forma a construir um arcabouço teórico-prático imprescindível para a implementação do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

#### Quadro 8 – A Política Nacional de Humanização, artigo 05.

<b>Título</b>	<b>Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática</b>
<b>Autor</b>	NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José Roque
<b>Metodologia</b>	Procedeu-se à revisão sistemática da literatura seguida de metassíntese, usando as bases de dados: BDEF (Base de dados da enfermagem), BDTD (Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações), CINAHL (Cumulative Index to nursing and allied health literature), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em ciências da saúde), MedLine (Literatura Internacional em ciência da Saúde), PAHO (Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde) e SciELO ( Scientific Electronic Library Online )
<b>Objetivo</b>	Analisar as práticas de humanização na atenção básica na rede pública do sistema de saúde brasileiro com base nos princípios da política nacional de humanização do Brasil.
<b>Resultados</b>	Das 4.127 publicações recuperadas sobre o tema, foram avaliadas e incluídas 40, chegando a três categorias centrais. A primeira, infraestrutura e organização dos serviços básicos de saúde, evidenciou insatisfação com a estrutura física e material e com os fluxos de atendimento que podem facilitar ou dificultar o acesso. A segunda refere-se ao processo de trabalho, que apresentou questões relacionadas ao número insuficiente de profissionais, fragmentação dos processos de trabalho, perfil e responsabilização profissional. A terceira consistiu das tecnologias das relações e apontou o acolhimento, vínculo, escuta, respeito e diálogo com os usuários.
<b>Conclusão</b>	Embora muitas práticas sejam citadas como humanizadoras, não conseguem produzir mudanças nos serviços de saúde por falta de uma análise mais aprofundada nos processos de trabalho e de uma educação permanente no serviço.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

A humanização dos serviços de saúde não se reduz a uma política governamental, mas principalmente em experiências decorrentes das vivências adquiridas no SUS, considerando suas diretrizes e na atuação e manutenção dos processos de trabalho. Para Barbora (2011), alguns desafios ainda são enfrentados no que concerne o estabelecimento da PNH e suas práticas dentro dos sistemas de saúde, considerando os aspectos: trabalhadores desvalorizados em seu cotidiano institucional, precarizados e baixo investimento em educação permanente.

A relação entre usuário, profissionais de saúde e instituição deve ser pautada pelo mecanismo do comprometimento. Sendo do próprio usuário com sua saúde e com a dos outros, cabendo aos gestores dos serviços de saúde proporcionarem aos seus profissionais que atuam no serviço possibilidades de construção de ações criativas de saúde dentro de suas práticas. Aos trabalhadores do serviço, cabe a atuação respeitando a individualidade e subjetividade de cada sujeito, criando um espaço de compartilhamento, considerando o conhecimento técnico com os saberes e interesses de cada usuário atendido, dessa forma permitindo uma relação horizontalidade e humanizada.

O atendimento realizado na atenção básica tornou-se um posto avançado do SUS, lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam, mesmo que não seja o equipamento adequado para o tipo de cuidado necessário para o usuário no momento do acolhimento. Certamente, a vida dos brasileiros seria mais difícil sem ela. A atenção básica em saúde contribui para a criação de valores de uso para milhões de cidadãos (NORA et al 2013).

A ESF (Estratégia Saúde da Família) e o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) instalados nas unidades básicas de saúde (UBS's), são responsáveis pelo cuidado dos usuários e disseminação dos critérios estabelecidos na PNH, proporcionando um atendimento cada vez melhor ofertado aqueles que buscam os serviços de saúde.

Cecílio et al. (2012) citam —que em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ampliou os seus objetivos e reafirmou a ESF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para a organização da atenção básica. Dados de 2009, do Ministério da Saúde (Portal da Saúde), indicam que 94% dos municípios do Brasil dispunham da ESF na sua rede de UBS, responsáveis pelos cuidados de saúde primários, com cobertura de 51% da população brasileira.

O trabalho na ESF (Estratégia Saúde da Família) requer um novo perfil para os profissionais e novos olhares para a compreensão ampliada das necessidades de saúde da população. — Para que de fatos os profissionais se sintam pertencentes e consigam colocar em prática sua função respeitando as diretrizes e princípios do SUS, cabe a sensibilidade

desses profissionais à partir de uma ação reflexiva, desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, recuperando o sentido da clínica e colocando as pessoas em primeiro lugar (SANTOS; SANTOS, 2011). De acordo com Mitre, Andrade e Cotta (2012), ao profissional, cabe dispensar a atenção ao usuário, o que envolve escuta, valorização da queixa e identificação das necessidades individuais e coletivas.

Como estratégia de atenção à saúde, é necessário que a humanização seja implementada como uma política transversal, que atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. A transversalidade dessa política supõe, necessariamente, ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde (GOULART; CHIARI, 2010).

É fundamental a participação de profissionais e usuários do sistema de saúde, tanto em âmbito assistencial como gerencial. Essa participação se torna uma estratégia imprescindível na disseminação da PNH, dessa forma potencializando os que trabalham e os que utilizam os serviços de saúde, sendo protagonistas de todo o processo e co responsáveis pela produção de saúde (CHENICHARO, 2013).

A comunicação integrada da rede de saúde surgiu com o objetivo de garantir que os princípios de equidade, universalidade e integralidade sejam aplicados a cada usuário dos serviços de saúde, sem qualquer distinção. Oferecer, fiscalizar e garantir um atendimento de saúde com qualidade, seja na atenção primária ou nos demais serviços da rede de saúde que continuarão com o cuidado dos usuários em qualquer nível de complexidade. (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

De acordo com a bibliografia pesquisada e selecionada para constituir esse polo teórico, chegou-se a três aspectos importantes que se tornaram desafios para a prática da PNH em instituições de saúde. A primeira, infraestrutura e organização dos serviços básicos de saúde, evidenciou insatisfação com a estrutura física e material e com os fluxos de atendimento que podem facilitar ou dificultar o acesso. A segunda refere-se ao processo de trabalho, que apresentou questões relacionadas ao número insuficiente de profissionais, fragmentação dos processos de trabalho, perfil e responsabilização profissional. A terceira consistiu das tecnologias das relações e apontou o acolhimento, vínculo, escuta, respeito e diálogo com os usuários.

A humanização e cuidado com os usuários, a humanização e o processo de trabalho e a humanização e a formação indicam possibilidades de novas investigações sobre a temática de forma a construir um arcabouço teórico-prático imprescindível para a implementação do

Sistema Único de Saúde. E Embora muitas práticas sejam citadas como humanizadoras, não conseguem produzir mudanças nos serviços de saúde por falta de uma análise mais aprofundada nos processos de trabalho e de uma educação permanente no serviço.

**Quadro 9** – Sistema Carcerário Feminino, artigo 01.

<b>Título</b>	<b>O papel do agente penitenciário no processo de humanização no presídio feminino do Distrito Federal – Colméia</b>
<b>Autor</b>	AZEVEDO, et al
<b>Metodologia</b>	Pesquisa qualitativa com a aplicação de entrevistas, no Presídio Feminino, com Agentes Penitenciários, Profissionais Administrativos, Chefes de Pátio e Detentas, e utilizamos a análise de discurso como ferramenta de trabalho,
<b>Objetivo</b>	O trabalho tem como objetivo: analisar o papel do agente penitenciário dentro do presídio feminino do Distrito Federal em seu relacionamento junto às detentas, em busca do manejo que este adota com elas, e busca-se, também, questionar se esta forma favorece ou não a humanização durante o período em que elas ficam detidas
<b>Resultados</b>	A pesquisa mostrou que ainda falta muito trabalho a ser elaborado para que o sistema prisional possa de fato, ser um local onde exista ressocialização e humanização
<b>Conclusão</b>	Há necessidade de maior empenho por parte dos governantes, no sentido de melhorar o curso de formação e capacitação dos agentes penitenciários, tanto no quesito disciplina quanto de duração, para que sejam melhores preparados para a prática diária.

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 10** – Sistema Carcerário Feminino, artigo 02.

<b>Título</b>	<b>Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária</b>
<b>Autor</b>	GOIS, Swyanne Macêdo et al
<b>Metodologia</b>	Procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura acerca das produções científicas sobre Saúde Penitenciária
<b>Objetivo</b>	Verificar como a temática vem sendo abordada, identificar qual o foco mais explorado e apontar possíveis lacunas
<b>Resultados</b>	Evidenciou-se que a produção científica está presente nos cinco continentes do mundo, apresentando predominância da abordagem quantitativa, com foco na identificação do perfil sociodemográfico e das condições de saúde dos encarcerados: incidência de tuberculose, de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e pelo Vírus da Hepatite C.
<b>Conclusão</b>	Há uma predominância de estudos realizados com detentos do sexo masculino, em comparação ao sexo feminino. Percebe-se que a saúde dos detentos é um problema de saúde pública emergente, que demanda pesquisas que possam vir a orientar políticas e estratégias de saúde.

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 11** – Sistema Carcerário Feminino, artigo 03.

<b>Título</b>	<b>O presídio feminino como espaço de aprendizagens</b>
<b>Autor</b>	IRELAND, Timothy D.; LUCENA, Helen Halinne Rodrigues de
<b>Metodologia</b>	Análise de conteúdo das narrativas. Para isso, adotou como eixos específicos de análise as categorias família, trabalho, escola e prisão.
<b>Objetivo</b>	Compreender a relação existente entre as aprendizagens ao longo da vida de mulheres encarceradas e as motivações/ circunstâncias de vida que as levaram a cometer prática(s) delituosa(s). Na
<b>Resultados</b>	Depreendemos que as aprendizagens que prevalecem na construção de suas biografias, enquanto estão na prisão, são aquelas que urgem como necessárias para a sobrevivência dentro dela. Por isso a aprendizagem da convivência se sobressaiu entre as outras.
<b>Conclusão</b>	As aprendizagens propiciadas pelas instituições sociais (aprendizagens formais) ou as conduzidas pelas experiências cotidianas das pessoas (aprendizagens informais) podem produzir efeitos ligados à interiorização das normas e dos valores socialmente aceitos (marcados pelas condutas reguladas, pela aceitação das normas coletivas), provocar sua ruptura e propiciar a construção de biografias ligadas à marginalidade e à delinquência.

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 12** – Sistema Carcerário Feminino, artigo 04.

<b>Título</b>	<b>Criminalidade e prisão feminina: uma análise da questão de gênero</b>
<b>Autor</b>	FRANÇA, Marlene Helena de Oliveira
<b>Metodologia</b>	Revisão bibliográfica da literatura, acerca das questões de gênero no que concerne o sistema penitenciário
<b>Objetivo</b>	Este artigo tem a intenção apenas de se constituir em um instrumento de reflexão para prováveis leitores pesquisadores. Não de longe, a pesquisa se pretende ser conclusiva ou colocar um ponto final na abordagem sobre a mulher criminosa. Se tal intenção existisse, a pesquisa, em sua própria gênese, estaria comprometida.
<b>Resultados</b>	A estrutura do Centro de Ressocialização Júlia Maranhão consegue romper, pelo menos aparentemente, com uma violência simbólica que perpassa as unidades penitenciárias de um modo geral. No entanto, essa instituição prisional, assim como as demais, tem falhado no seu processo de (re)socialização das mulheres que lá se encontram.
<b>Conclusão</b>	O estudo acerca da criminalidade praticada por mulheres é mais difícil do que o de homens, não somente porque elas cometem menos crimes, mas pelo fato de que o número reduzido, implica em maiores dificuldades para pesquisar. Quanto à questão da punição, observamos que esta possui uma estreita relação com a questão de gênero, ou seja, algumas penas são direcionadas exclusivamente às mulheres.

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 13** – Sistema Carcerário Feminino, artigo 05.

<b>Título</b>	<b>Gênero e prisão: a invisibilidade da mulher no sistema penitenciário-perspectivas com a construção do presídio feminino regionalizado do Rio Grande/RS</b>
<b>Autor</b>	HATJE, Luis Felipe
<b>Metodologia</b>	Coleta de dados, com gravação magnética ou digital, através de entrevistas individuais e dinâmicas, e posterior análise qualitativa dos mesmos.
<b>Objetivo</b>	A presente pesquisa tem por objetivo geral analisar as prováveis repercussões na vida das reclusas da 5ª Região Penitenciária do Rio Grande do Sul com a construção de uma penitenciária feminina regionalizada no município de Rio Grande – RS.
<b>Resultados</b>	A alta incidência de condenações por crimes relacionados ao tráfico de drogas, consoante representa um dos fatos preponderantes na constatação de que a criminalidade feminina violenta não vem crescendo, mas que a política criminal mais repressiva, associada ao ideário de “guerra contra as drogas” vem impactando de forma significativa a composição e o crescimento da população carcerária feminina.
<b>Conclusão</b>	As políticas penitenciárias que produziram essa realidade e, nesse sentido, uma alternativa possível seria o encarceramento em presídios menores em várias comarcas, próximo dos locais de residência familiar, poderia representar e produzir efeitos positivos, considerando que tende a diminuir o sofrimento e o esquecimento da mulher encarcerada, considerando que esta pode manter contato com seus familiares.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 14** – Sistema Carcerário Feminino, artigo 06.

<b>Título</b>	<b>Serviços de saúde à população carcerária do Brasil: uma revisão bibliográfica</b>
<b>Autor</b>	MELO, et al
<b>Metodologia</b>	A pesquisa se trata de um estudo bibliográfico realizado a partir da seleção de artigos, oriundos do banco de dados de Revistas e outras publicações literárias, datadas dos períodos de 2005 a 2015.
<b>Objetivo</b>	O estudo em questão busca realizar uma pesquisa bibliográfica acerca dos serviços de saúde à população carcerária desenvolvidos no Brasil. A revisão de literatura aborda tópicos como o sistema prisional brasileiro, plano nacional de saúde no sistema penitenciário e os serviços de saúde à população carcerária.
<b>Resultados</b>	Somando todos os problemas no sistema penitenciário e as más condições de atendimento a saúde, é necessário que se pense no indivíduo possivelmente saudável não saiam de lá sem ser acometida por uma doença ou apresentando alguma resistência física, e com a saúde no geral fragilizada.
<b>Conclusão</b>	Independentemente da natureza da sua penalidade, mantêm acima de tudo o direito da assistência à saúde, uma vez que, mesmo privados da sua liberdade, e são portadores de deveres e direitos humanos, inerentes à sua cidadania, em que lhes sejam oferecidas condições saudáveis, como a ética,



o valor da vida, o corpo, autoimagem e autoestima, para que assim reflitam sobre a pena recebida e que sejam tratados e acolhidos com humanidade, sendo vistos não apenas como alguém que cometeu algum delito, mas sim holisticamente, como seres humanos.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 15** – Sistema Carcerário Feminino, artigo 07.

<b>Título</b>	<b>Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios</b>
<b>Autor</b>	BARSAGLINI, Reni
<b>Metodologia</b>	A concepção desta pesquisa avaliativa visava, justamente, contribuir para o processo decisório da gestão federal dos Ministérios envolvidos, subsidiando a transição entre o PNSSP em vigor desde 2002, e a PNAISP, que passou a vigorar a partir de 2014.
<b>Objetivo</b>	O objeto da pesquisa é coberto por Martinho em três fases, iniciando por uma descrição documental do PNSSP; quatro momentos de reuniões/encontros com variados segmentos interessados na avaliação (envolvidos com o atendimento de pessoas privadas de liberdade, como gestores, trabalhadores, familiares, pesquisadores, egressos do sistema prisional) para recolher propostas à formulação da Política; sistematização deste material em forma de princípios, diretrizes, responsabilidades de cada ente, financiamento e outros elementos constitutivos de uma política pública.
<b>Resultados</b>	Somam-se as perspectivas estigmatizantes da população atendida, que se atualizam e se materializam no cotidiano pelos entraves institucionais da organização dos serviços, sobretudo pelas barreiras de discriminação, por vezes envoltas em nuances tecnicistas e burocráticas, comprometendo assim o direito à saúde
<b>Conclusão</b>	O Plano visava ao modo de fazer /operacionalizar uma política em processo de implementação (no caso a de saúde, pelo SUS) para que também atingisse uma população em situação específica (no caso, a prisional).

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 16** – Sistema Carcerário Feminino, artigo 08.

<b>Título</b>	<b>Aspectos gerais sobre o sistema carcerário feminino no Brasil: uma realidade degradante e indigna</b>
<b>Autor</b>	MELLO, Lorena Barbosa
<b>Metodologia</b>	A presente pesquisa observou dados estatísticos e públicos disponibilizados pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen) do Estado do Paraná
<b>Objetivo</b>	O presente artigo visa tratar do sistema carcerário feminino no Brasil e no estado do Paraná, principalmente no que diz respeito aos aspectos relacionados à forma como as mulheres são submetidas ao cárcere; aos locais de recolhimento; e à aplicação dos direitos constitucionais e da Lei de Execuções Penais.
<b>Resultados</b>	Com o presente trabalho foi possível compreender diversos aspectos do

	sistema prisional feminino do Brasil e no estado do Paraná, desde a análise da estrutura dos estabelecimentos e do perfil das mulheres recolhidas, até a forma como são assegurados os direitos inerentes a elas.
<b>Conclusão</b>	Quanto às mulheres, as especificidades fisiológicas de seu corpo exigem do Estado um redimensionamento de suas estruturas físicas pensadas para atender minimamente os indivíduos masculinos e, que não possuem as mesmas necessidades que as mulheres, sobretudo no que se refere às mulheres gestantes ou lactantes. Todos estes aspectos devem ensejar uma política de atendimento às presas com segurança de seus filhos que, não devem ser alcançados pela reprimenda corporal. Esta priorização das necessidades básicas das encarceradas representa apenas a preservação da dignidade da pessoa humana e o atendimento mínimo das individualidades femininas.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 17** – Sistema Carcerário Feminino, artigo 09.

<b>Título</b>	<b>Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas</b>
<b>Autor</b>	ARAUJO, Moziane Mendonça de et al
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo e exploratório com utilização do método qualitativo, realizado com oito mulheres que responderam a uma entrevista semiestruturada. O material resultante das entrevistas foi interpretado de acordo com a análise de conteúdo de Bardin e fundamentado na Teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta.
<b>Objetivo</b>	Analisar como as mulheres encarceradas percebem a sua assistência à saúde utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.
<b>Resultados</b>	Emergiram duas categorias temáticas: necessidades humanas básicas prejudicadas e o que pensam as mulheres em relação a assistência à saúde? Observou-se o não atendimento às necessidades psicobiológicas e psicossociais, através dos relatos de ambiente insalubre, número excessivo de mulheres na cela, doenças apresentadas e ineficiência quanto a assistência à saúde.
<b>Conclusão</b>	Devem ser levados em consideração, além da segurança, melhorias nas condições de confinamento e acesso à assistência em saúde, para que as necessidades humanas básicas sejam atendidas. O estudo contribui para a reflexão acerca da assistência à saúde das mulheres encarceradas, dando visibilidade à temática.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 18** – Sistema Carcerário Feminino, artigo 10.

<b>Título</b>	<b>Sistema carcerário feminino: uma análise das políticas públicas de segurança com base em um estudo local</b>
<b>Autor</b>	SANTOS, Bruna Rios Martins; REZENDE, Vânia
<b>Metodologia</b>	A pesquisa, de natureza qualitativa, utilizou entrevistas com roteiros

	semiestruturados e análise documental
<b>Objetivo</b>	Analisar como a diferença de gênero, na construção de políticas públicas de segurança no sistema prisional, influencia as vivências do feminino no cárcere
<b>Resultados</b>	Os principais resultados apontam que as especificidades de gênero no encarceramento feminino influenciam as vivências produzidas resultantes de vários tipos de violência que marcam definitivamente a vida das mulheres, destacando-se a relação com a maternidade, apontada como a principal fonte de sofrimento
<b>Conclusão</b>	Apesar de avanços significativos, a inserção da questão de gênero na formulação das políticas públicas de segurança pública ainda é recente e incipiente no que tange às especificidades do cárcere feminino.

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2021

Desde a década de 70 alguns movimentos feministas do Brasil articulam junto ao Congresso Nacional propostas cujo objetivo é ampliar a autonomia das mulheres e sua participação no que tange o exercício de sua cidadania plena. Além dos direitos reprodutivos adquiridos, o cuidado com a mulher não se limita a questões de saúde, é necessário oferecer condições para manutenção de seu bem-estar biopsicossocial, respeitando sua subjetividade e não se limitando a satisfação das necessidades biológicas (BRASIL, 2014)

Uma grande parcela de mulheres ainda permanece em grupos de maior vulnerabilidade social, são elas: negras, indígenas, lésbicas, mulheres que residem na zona rural e mulheres em situação de cárcere, o que é justificado pelo reducionismo da mulher a um papel reprodutor e ignorando sua perspectiva de gênero.

Devido ao crescimento populacional das mulheres no ambiente carcerário, diversas dificuldades foram evidenciadas, além daquelas que são comuns no ambiente carcerário masculino e feminino, surgiram outras demandas específicas das mulheres encarceradas. Uma das dificuldades se concentra nos problemas de saúde e exposição à fatores de risco (ARAÚJO, 2020).

Nas unidades prisionais há uma escassez no que tange os serviços médicos prestados, em sua maioria a equipe multidisciplinar é reduzida, composta apenas por enfermeiro e técnico de enfermagem, que prestam cuidados diários, além do médico cujo atendimento acontece de forma mensal ou quinzenal, diferente do ideal que seria uma equipe composta por profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista e assistente social, dessa forma, proporcionando um atendimento de saúde de qualidade (APOLINÁRIO, 2013).

Um outro aspecto importante encontrado na análise dos artigos, é que muitos presídios não possuem um local adequado para atendimento médico das mulheres, contribuindo para

um atendimento ineficaz devido ao receio quanto à segurança dessas mulheres e dos profissionais de saúde, gerando um cuidado completamente desumanizado (SANTOS; REZENDE, 2019).

De acordo com Pimentel, et al (2015), de acordo com as mulheres encarceradas que utilizam os serviços de saúde oferecidos na unidade, principalmente as que realizam acompanhamento da sua gestação do pré-natal, pós-parto e puerpério na unidade, muitas julgam que não existe acolhimento por parte dos profissionais e do sistema em geral, gerando sofrimento para a mãe e para o feto/bebê quando há a necessidade de deslocamento para algum outro serviço de saúde.

A vulnerabilidade psicossocial das mulheres se potencializa no ambiente prisional, escancara os déficits encontrados na saúde pública, principalmente na assistência em saúde e atenção ao cuidado, que mesmo existindo uma cobertura legislativa que garante esses direitos, eles de fato são ignorados, ferindo os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde, além dos direitos humanos.

Em relação as mulheres, as especificidades fisiológicas do seu corpo exigem do Estado um redimensionamento de suas estruturas físicas, que aparentemente foram pensadas para atender minimamente os indivíduos masculinos e, que não possuem as mesmas necessidades que as mulheres, sobretudo no que se refere às mulheres gestantes ou lactantes (BARSAGLINI, 2016).

Priorizar as necessidades básicas da mulher presa representa minimamente a preservação da dignidade da pessoa humana, a o atendimento mínimo de suas individualidades femininas. Todos esses aspectos devem priorizar o atendimento às presas com segurança, dignidade, respeito, para além de si, mas se estendendo para seus filhos que se desenvolvem enquanto gestantes, nascem e permanecem no ambiente carcerário durante a amamentação.

Somando todos os problemas no sistema penitenciário e as más condições de atendimento à saúde, é necessário que se pense no indivíduo possivelmente saudável, para que não saia de lá sem ser acometido por uma doença ou apresentando alguma resistência física, e com a saúde no geral fragilizada.

Há uma predominância de estudos realizados com detentos do sexo masculino, em comparação ao sexo feminino. Percebe-se que a saúde dos detentos é um problema de saúde pública emergente, que demanda pesquisas que possam vir a orientar políticas e estratégias de saúde.

Independentemente da natureza da sua penalidade, mantêm acima de tudo o direito da assistência à saúde, uma vez que, mesmo privados da sua liberdade, são portadoras de deveres e direitos humanos, inerentes à sua cidadania, em que lhes sejam oferecidas condições saudáveis, como a ética, o valor da vida, o corpo, autoimagem e autoestima, para que assim reflitam sobre a pena recebida e que sejam tratadas e acolhidas com humanidade, sendo vistas não apenas como alguém que cometeu algum delito, mas sim holisticamente, como seres humanos (MELLO, 2019).

**Quadro 19** – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 01.

<b>Título</b>	<b>Gestão do conhecimento em saúde no Brasil: uma abordagem preliminar</b>
<b>Autor</b>	MAURO, Angela Gonzalez del
<b>Metodologia</b>	Pesquisa de caráter exploratório, com abordagem qualitativa através da análise das informações coletadas.
<b>Objetivo</b>	Analisar a aplicabilidade da Gestão do Conhecimento no Brasil, a partir do levantamento de fontes especializadas em informações da área
<b>Resultados</b>	Foram identificadas diversas ações voltadas à disseminação do conhecimento em saúde no Brasil.
<b>Conclusão</b>	Ainda são escassas as publicações acerca da temática gestão do conhecimento em saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 20** – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 02.

<b>Título</b>	<b>Gestão do conhecimento em organizações de saúde: revisão sistemática de literatura</b>
<b>Autor</b>	CICONE, et al
<b>Metodologia</b>	Como procedimentos metodológicos utilizou-se a análise de conteúdo. No tratamento quantitativo dos dados coletados foi usada a estatística descritiva. A amostra da pesquisa totalizou 87 artigos que se enquadraram nos critérios estabelecidos para o estudo
<b>Objetivo</b>	O objetivo da presente pesquisa foi realizar uma revisão sistemática de literatura sobre a gestão do conhecimento em organizações de saúde, no período de 2000 a 2013
<b>Resultados</b>	De acordo com os resultados, a maior parte dos artigos foi publicada entre 2000 e 2011 (83,92%) e o Brasil apresentou o maior percentual de publicações sobre o tema (66,67%), destacando-se a Revista Brasileira de Enfermagem. As pesquisas descritiva e qualitativa foram as mais utilizadas, com participação de 26,44% e 16,09% no total, respectivamente. Observou-se que 43% dos autores possuíam título de doutor.
<b>Conclusão</b>	A partir desta revisão, foi possível apresentar o panorama atual dos estudos científicos, nacionais e internacionais, que estão sendo realizados sobre a gestão do conhecimento em organizações de saúde. Buscou-se assim

fornecer subsídios sobre as publicações recentes e a importância do conhecimento como ferramenta estratégica de tomada de decisão no setor.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 21** – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 03.

<b>Título</b>	<b>A gestão do conhecimento como elemento facilitador para melhoria de processos em serviços de saúde: um estudo de caso</b>
<b>Autor</b>	QUINTANS, Benjamin Salgado
<b>Metodologia</b>	Os procedimentos metodológicos são baseados na elaboração de questionário e na sua aplicação através da realização de entrevistas com especialistas e no levantamento de elementos básicos relativos à área hospitalar, assim como na revisão da literatura referente ao tema de estudo
<b>Objetivo</b>	O objetivo deste trabalho é compreender a contribuição da espiral do conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1997) para a melhoria dos processos de trabalho
<b>Resultados</b>	Como resultados desta pesquisa, conclui-se que a vantagem competitiva existe, sim, no prestador que possui profissionais mais qualificados e que estejam atualizados. Porém, as informações absorvidas pelos médicos, na maioria das vezes, são canalizadas única e exclusivamente para a melhoria da eficiência dos processos e não da eficácia e, apesar de haver uma busca constante de atualização sobre os processos de tudo o que está sendo feito e discutido pelos outros médicos e hospitais, os prestadores de serviço médico-hospitalar ainda não descobriram como gerenciar a criação de inovações no tratamento de seus pacientes de forma a transformar este conhecimento tácito e uma vantagem competitiva explícita
<b>Conclusão</b>	Ao comparar o modelo da espiral do conhecimento com a gestão de uma unidade de tratamento intensivo, confirma-se que o conhecimento inovador existe e que há características que diferenciam o setor hospitalar dos outros

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 22** – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 04.

<b>Título</b>	<b>A gestão do conhecimento no contexto de uma emergência em Saúde Pública: o caso da síndrome congênita do Zika vírus, em Pernambuco, Brasil</b>
<b>Autor</b>	BEZERRA, et al
<b>Metodologia</b>	Foi realizado um estudo qualitativo, analisando-se a Gestão do Conhecimento na Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE), estado situado no nordeste do Brasil, e tomando como objeto de análise uma Emergência em Saúde Pública, a Epidemia de SCZ, nos anos de 2015 e 2016
<b>Objetivo</b>	O objetivo desse estudo foi analisar a GC da epidemia de Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), em Pernambuco, estado do nordeste do Brasil
<b>Resultados</b>	Os resultados apontam para a produção de eventos e inscrições nos critérios

	definidos para as cinco capacidades diádicas da GC estudadas, na ocasião da epidemia de SCZ, encontrando lacunas apenas no desempenho do conhecimento/ inovação, sobretudo no que se refere à medição dos resultados e consequências alcançadas pela reprodução do conhecimento.
<b>Conclusão</b>	A criação de um modelo de enfrentamento a uma Emergência em Saúde Pública pela SES/PE em pouco tempo, remete agora a um momento de avaliação e sistematização desse modelo criado e utilizado ao mesmo tempo. A rede de informação, comunicação e compartilhamento do conhecimento criada em decorrência dessa epidemia precisa sobreviver a ela. Os planos de respostas, mecanismos de gestão, salas de situação, monitoramento de casos, precisam ser mantidos, no formato da rotina

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 23** – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 05.

<b>Título</b>	<b>Análise crítica de um modelo de diagnóstico de práticas de gestão do conhecimento para futura aplicação no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS)</b>
<b>Autor</b>	SILVA, Elaine Lucia
<b>Metodologia</b>	Nesse trabalho, foi fundamental além da análise documental sobre o tema, uma análise profunda do estudo de caso realizado pelo elaborador da pesquisa a ser analisada criticamente, no sentido de validar e complementar as considerações apontadas na análise documental, criando a possibilidade de fazer uma proposta de concepção de um modelo de Gestão do Conhecimento para o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde.
<b>Objetivo</b>	O presente trabalho propõe analisar um modelo de diagnóstico para mapear as condições facilitadoras e os obstáculos, para uma futura política e plano de Gestão do Conhecimento (GC) no Instituto Nacional de Controle de Qualidade (INCQS). Desta forma, o trabalho visa contribuir para que a GC seja uma ação institucionalizada que auxiliará na eficiência e excelência da Gestão.
<b>Resultados</b>	As limitações mais críticas do modelo de Diagnóstico apresentado pelo Fabio Batista estão no Critério de Tecnologia ou no de processos de conhecimento, em que o item da Gestão da informação não é tratado como um recurso basal para a Organização obter uma base de dados e de informações estruturados para subsidiar o modelo de gestão do conhecimento
<b>Conclusão</b>	A GC pode tanto ser um arcabouço estruturante de informação que auxilie nas ações desenvolvidas na Instituição como pode ser também a perspectiva dada pelo instrumento do Batista (2012) que são métodos de GC utilizados para atender os projetos mais específicos e/ou estratégicos que não necessariamente necessite de uma base de dados, ou seja somente para atender determinado projeto. E uma última dimensão na qual o plano daria conta de estimular a criação do conhecimento por meio da troca, da rede, do intercâmbio entre as pessoas, ou seja, criar ambientes aprendizes que tenham uma linha permanente voltada para aprendizagem organizacional.

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 24** – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 06.

<b>Título</b>	<b>Diagnóstico do Nível de Gestão do Conhecimento em uma microempresa do ramo de saúde</b>
<b>Autor</b>	PIRES, et al.
<b>Metodologia</b>	A abordagem utilizada nessa pesquisa foi quantitativa, pois para alcançar o objetivo foi aplicado o questionário como já exposto anteriormente. Para Richardson (1989), a abordagem quantitativa é representada pela aplicação da quantificação, tanto nas categorias de coleta de informações, quanto no tratamento dessas, através de técnicas estatísticas desde as mais simples até as mais complexas.
<b>Objetivo</b>	O objetivo deste artigo foi diagnosticar o nível de Gestão do Conhecimento em uma microempresa da área de saúde no norte do Estado do Paraná.
<b>Resultados</b>	Ao realizar o estudo na Clínica de Neurologia, foi identificado que os colaboradores não tinham conhecimento sobre Gestão do Conhecimento. Logo, ao aplicar as afirmativas, houve a necessidade de explicá-las para que não houvesse interpretações errôneas e assim não interferissem no resultado da pesquisa. Na Clínica foram diagnosticadas situações que comprometiam o nível de Gestão do Conhecimento
<b>Conclusão</b>	A partir desse artigo, sugere-se que novos estudos de avaliação de nível de Gestão do Conhecimento sejam realizados nas micro e pequenas empresas, não apenas na área de saúde, mas em diversas outras áreas. Percebe-se que ainda há deficiência de estudos do nível de GC em micro e pequenas empresas. Desse modo, se faz necessário que não só grandes empresas conheçam e apliquem GC, mas que o conhecimento e sua necessidade de gestão sejam institucionalizados em todos os segmentos da atividade econômica e social enquanto possibilidade para um maior e sustentável desenvolvimento das organizações com ou sem fins lucrativos.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 25** – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 07.

<b>Título</b>	<b>A gestão do conhecimento para o desenvolvimento de inovações em uma empresa de pequeno porte: O caso BHS Comércio de Produtos para Saúde - EPP</b>
<b>Autor</b>	OLIVEIRA, Cibele Lopes Rizzuto de; CRIBB, André Yves
<b>Metodologia</b>	Foi realizada pesquisa dentre as empresas participantes do Projeto Piloto de Exame Prioritário de Patentes, do ano de 2016, ano de criação do projeto, do Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI)
<b>Objetivo</b>	O artigo busca entender como é realizada a gestão do conhecimento em uma empresa de pequeno porte, que gerou uma inovação que culminou em depósito de patente
<b>Resultados</b>	A pesquisa permitiu concluir que a empresa realiza internamente a gestão do conhecimento, embora sem que haja metodologia específica, porém valoriza o conhecimento científico advindo de profissionais altamente capacitados, como mestres e doutores e entende a crucial importância da gestão do conhecimento no desenvolvimento de inovações



<b>Conclusão</b>	A pesquisa demonstrou a importância da parceria com a universidade e o grande envolvimento com a gestão do conhecimento com a valorização do conhecimento dos seus profissionais.
------------------	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 26** – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 08.

<b>Título</b>	<b>Gestão do conhecimento em tempos de big data: um olhar dos desafios para os sistemas de saúde</b>
<b>Autor</b>	MAGALHÃES, et al
<b>Metodologia</b>	A pesquisa faz parte de um projeto macro, onde nesta etapa, de caráter preliminar se caracteriza por básica e exploratória, a fim de refletir à luz dos textos científicos em revistas indexadas no Scielo, Scopus e Web of Science. Da mesma forma em documentos em base de dados oficiais como Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde Ministério da Saúde de Portugal e Brasil.
<b>Objetivo</b>	Refletir sobre a gestão do conhecimento na área da Saúde Pública em tempos de Big Data, que norteiam sus desafios e perspectivas no século XXI para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.
<b>Resultados</b>	O envelhecimento populacional, os novos entrantes tecnológicos para a medicina, associados à quantidade brutal de dados e informações científicas e tecnológicas disponíveis no século 21, têm levado ao esgotamento dos orçamentos para a Saúde Pública dos países
<b>Conclusão</b>	Cada vez mais demanda-se a urgência de uma melhor gestão do conhecimento na integralidade da atenção à saúde. Uma agenda de valor para o setor da saúde que demande a integração de especialistas de múltiplas áreas para a convergência e pragmatismo de ações, aponta ser o caminho mais exequível em tempos de convergência digital. O acesso à saúde tem sido ampliado nos últimos tempos, porém para muitos países ainda é um grande desafio. Segundo o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde, metade da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 27** – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 09.

<b>Título</b>	<b>Informação e tecnologias de informação em saúde: fontes e mecanismos de transferência de conhecimento para a gestão do sus em hospitais com termo de adesão à rede INOVARH-BA</b>
<b>Autor</b>	SOUZA, Angela Cristina Cordeiro
<b>Metodologia</b>	O arcabouço teórico, metodológico da pesquisa procurou ressaltar a importância da PNIIS e o PlaDITIS para uma gestão integrada, acesso e uso da informação e da tecnologia da informação na definição das políticas de saúde. A pesquisa é exploratória e descritiva com uma abordagem quali-quantitativa
<b>Objetivo</b>	O objetivo desta pesquisa é verificar se os mecanismos de transferências de informações dos hospitais convergem com as diretrizes da Política Nacional

	de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) e do Plano de Desenvolvimento para a informação e a Tecnologia da Informação em Saúde (PlaDITIS)
<b>Resultados</b>	Os mecanismos de transferências de informações possibilitam a disseminação das informações em saúde e a geração de conhecimento acerca da realidade sanitária do país, conforme as informações levantadas em campo e os aportes teóricos.
<b>Conclusão</b>	Os resultados revelam a necessidade da disseminação das políticas de informação e informática e a necessidade da difusão do uso de mecanismos de transferência de informações entre os organismos prestadores de serviços de atenção à saúde no Brasil.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

**Quadro 28** – Gestão do Conhecimento em Saúde, artigo 10.

<b>Título</b>	<b>Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação</b>
<b>Autor</b>	BEZERRA, et al
<b>Metodologia</b>	Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, abordando sete gestores e dez técnicos da SEVS-PE. Na análise deste estudo de caso, qualitativo, foi utilizado um modelo de TC, e sobrepondo-se a ele, uma estrutura teórica de uso-influência da avaliação.
<b>Objetivo</b>	O objetivo deste estudo foi analisar a ocorrência da TC na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS/PE)
<b>Resultados</b>	Em oito pesquisas analisadas, foram categorizadas evidências em cinco fases da TC. Apenas a etapa de avaliação do uso do conhecimento não foi evidenciada.
<b>Conclusão</b>	Diferentes tipos de uso, dimensões e níveis de influência das avaliações foram relatados. Dentre as mudanças ocorridas, foram relatadas: criação de novas agendas, elaboração de protocolos, mudança do processo de trabalho, instituição de novos fluxos, contratação de novos profissionais.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

As transformações no ambiente corporativo em decorrência da globalização, tem evidenciado a necessidade de adaptação das organizações, principalmente nas instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas.

Ressalta se que houve uma valorização do conhecimento que os colaboradores detêm em relação a determinadas áreas, principalmente no que se refere a gestão de pessoas, proporcionando um ambiente de trabalho mais humano, acolhedor, respeitoso, onde se passou a valorizar os aspectos relacionados a preparação desses colaboradores, suas competências e habilidades (Pires et al, 2017)

Conforme Rocha et al (2012) as organizações de saúde estão cada vez mais preocupadas em adquirir conhecimento sobre o tema. Existe a percepção acerca do capital humano como ferramenta estratégica na obtenção de vantagens financeiras, considerando que a empresa que sabe gerenciar a informação e souber compartilhar de forma efetiva, se destacará dentre as demais organizações.

Nos artigos selecionados para essa pesquisa considerando o polo teórico GCS (Gestão do Conhecimento em Saúde), destacou se o profissional enfermeiro como uma peça fundamental no processo de gerenciamento, atuando nas vertentes de planejamento, coordenação de serviços e de equipes, além de sua liderança. Isso ocorre devido a quantidade de profissionais enfermeiros ocupando e atuando em cargos de gestão, assumindo posições em secretarias de saúde, equipamentos como atenção básica e especializada, centros de atendimento psicossocial, reabilitação, diagnóstico, dentre outros.

A GC tem se destacado como uma ferramenta extremamente importante nos últimos anos, numa relação direta com as demandas de saúde, dos usuários, dos equipamentos e principalmente do próprio sistema de saúde atual.

O conhecimento destaca se também como uma maneira de inovar dentro das organizações, a partir da exploração e interação de diversas fontes de conhecimento, intermediadas por tecnologias que proporcionam maior interação entre as próprias organizações, clientes de saúde, parceiros estratégicos e demais interessados. (SOUZA, 2018)

Ciconne (2015) complementa a importância e responsabilidade na capacitação dos gestores dos serviços de saúde, inclusive o treinamento e capacitação de futuros profissionais que tenham interesse em assumir um cargo gerencial. Esses profissionais devem associar o conhecimento empírico a prática, considerando novas metodologias de trabalho, utilizando aspectos criativos para a disseminação de seu trabalho e sensibilização daqueles envolvidos.

Importante ressaltar que o conhecimento coletivo não se limita a soma do conhecimento individual, mas deve ser observado como um determinante no crescimento e sobrevivência das organizações a curto e médio prazo. O processo de criação do conhecimento está associado também a socialização de seus participantes, tanto interno como externo, afim de obter informações que possam ser relevantes e contribuam de forma positiva. (OLIVEIRA; CRIBB, 2018).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O objetivo desse artigo foi realizar uma revisão sistemática de literatura a partir de três polos teóricos distintos, a gestão do conhecimento em saúde, a política nacional de humanização e o sistema carcerário feminino, entre 2010 e outubro de 2020, compreendendo seu entrelaçamento e a importância de cada aspecto para a garantia de direitos.

Cada vez mais demanda-se a urgência de uma melhor gestão do conhecimento na integralidade da atenção à saúde. Sobretudo, a aplicação de tal método na disseminação da PNH no ambiente carcerário feminino. As informações em saúde são entendidas como insumo principal para a garantia da qualidade e direito dos cidadãos no acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS.

A grande maioria das penitenciárias e cadeias foram “adaptadas” de unidades públicas masculinas existentes. Elas não satisfaziam às necessidades específicas de gênero das mulheres, o suficiente para não atender aos padrões internacionais mínimos no que diz respeito à manutenção de presídios. Dentre os problemas identificados, percebeu-se a ausência de profissionais da área da saúde; escassez de medicamentos; instalação de assistência à saúde, inclusive assistência especializada; déficit no tratamento de emergência; assistência de saúde a mulheres grávidas e puérperas inexistentes ou raras; quantidade de vagas para berçário insuficientes; precariedade nos serviços de assistência à saúde mental, dentre outros problemas.

Observou-se que a inexistência de profissionais qualificados impacta diretamente na qualidade e disseminação das informações estabelecidas nas diretrizes e princípios preconizados pela Política Nacional de Humanização, contribuindo para um atendimento de saúde inadequado, precário e que viola os direitos humanos no que diz respeito ao acesso social à saúde.

Assim, a pesquisa evidencia a importância de fornecer subsídios ao sistema carcerário feminino no aspecto gerencial, quanto à coleta, tratamento e disseminação das informações, e reconhece que existem vários problemas durante esse processo (falta de qualificação, infraestrutura, entre outros). Acredita-se que estes aspectos serão solucionados a partir da constituição de equipes pluridisciplinares e sensíveis, que atuem em prol da disseminação do conhecimento e do bem estar biopsicossocial dessas mulheres encarceradas.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, F. S. (2015). *Pela cortina do desvio: A trajetória de mulheres presas do presídio feminino de Nossa Senhora do Socorro-SE*. <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/3186>
- APOLINÁRIO, F. H. Significados atribuídos por enfermeiros à assistência que prestam a indivíduos em situação prisional. 2013. 140 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista - UNESP, Botucatu, 2013.
- ARAUJO, Moziane Mendonça de et al . Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, e20190303, 2020 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452020000300209&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300209&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Mar. 2021. Epub Apr 09, 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0303>.
- ARRUDA, C.; SILVA, D.M.V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 65, n. 5, 2012.
- Bandeira, Regina. Brasil tem 622 grávidas ou lactantes em presídios. Conselho Nacional de Justiça, 2018. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/86062-brasil-tem-622-gravidas-ou-lactantes-em-presidios>>Acesso em: 11 jun. 2020
- Barbosa, G. C. [UNESP, Meneguim, S. [UNESP, Lima, S. A. M. [UNESP, & Moreno, V. [UNESP. (2013). Política Nacional de Humanização e formação de profissionais de saúde: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 123–127. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100019>
- Barsaglini, R., & Barsaglini, R. (2016). Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: Diferenciais, avanços, limites e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(4), 1429– 1439. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300019>
- Batista, F. F. (2013). Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública Brasileira (MGCAPB): O que sua organização precisa saber antes de implantar. [www.ipea.gov.br](http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3106). <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3106>
- BATISTA, Fábio Ferreira. Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública Brasileira: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefícios do cidadão. Brasília: IPEA, 2012.

BONETTI, O. P.; KRUSE, M. H. L. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. *Rev Bras Enferm*, v. 57, n. 3, p. 371-79, 2004.

Brasil. (2010). *Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*.

Brasil. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS; 1986

BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen Mulheres, 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça e da Segurança Pública, 2017a. Disponível em: [http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres\\_arte\\_070318.pdf](http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_070318.pdf) >>. Acesso em: 11 jun. 2020.

Brasil. Infopen

Brasil. Lei n.º 7.210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União 1984; 13 jul

BRASIL. Ministério da Saúde. Inclusão das Mulheres Privadas de Liberdade na Rede Cegonha. 1. Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003. Dispõe sobre o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça; 2003.

Brehmer, L. C. de F., & Verdi, M. (2010). Acolhimento na Atenção Básica: Reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3569–3578. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>

CAMPOS, A. C. S. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2007.

CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F.D.S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 66, n. 4, 2013.

Cicone, P. A., Costa, C. K. F., Massuda, E. M., Vermelho, S. C. S. D., & Gimenes, R. M. T. (2015). *Gestão do Conhecimento em Organizações de Saúde: Revisão Sistemática de*

Literatura. *Saúde e Pesquisa*, 8(2), 379–388. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2015v8n2p379-388>

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. *Revista gaúcha de enfermagem*, v. 33, n. 2, p. 8-13, 2012.

Cunha, C. C. (2016). *Gestão do conhecimento em projetos de saúde pública: O projeto de reestruturação de hospitais públicos*. <http://bdm.unb.br/handle/10483/14311>

Estevam, M. E. M. (2019). Sistema Carcerário Feminino: As falhas dos presídios brasileiros. *Jornal Eletrônico Faculdade Vianna Júnior*, 11(2), 18–18.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. D. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e metaanálises: a recomendação PRISMA. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização nas práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010.

LEMOS, Cristina. Inovação na Era do Conhecimento. *Revista Parcerias Estratégicas*, n. 8, 2000. Disponível em: [http://seer.cgee.org.br/index.php/parcerias\\_estrategicas/article/viewFile/104/97](http://seer.cgee.org.br/index.php/parcerias_estrategicas/article/viewFile/104/97) Acesso em 04 de Março. 2021

MARQUES, I.R.; SOUZA, A.R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 63, n. 1, 2010.

Mello, L. B. D. (2019). *Aspectos gerais sobre o sistema carcerário feminino no Brasil: uma realidade degradante e indigna*. 21.

MITRE, S.M. et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, 2012.

Nora, C. R. D., & Junges, J. R. (2013). Política de humanização na atenção básica: Revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 47, 1186–1200. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581>

Pires, L. A. D. B., Menegassi, C. H. M., & Tatto, L. (2017). Diagnóstico do Nível de Gestão do Conhecimento em uma microempresa do ramo de saúde. *RAHIS*, 14(4), Article 4. <https://doi.org/10.21450/rahis.v14i4.4265>

Quintans, B. S. (2017). A gestão do conhecimento como elemento facilitador para melhoria de processos em serviços de saúde: um estudo de caso. *Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa*, 1(1), Article 1. <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/amp/article/view/4141>

ROCHA, E. S. B.; NAGLIATE, P.; FURLAN, C. E. B.; ROCHA JR, K.; TREVIZAN, M. A; MENDES, I. A. C. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, v. 20, n. 2, p. 1-9, 2012

Romero, N. S., & Pereira-Silva, N. L. (2011). O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 332–339. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000200014>

Santos, B. R. M., & Rezende, V. A. (2019). Sistema carcerário feminino: Uma análise das políticas públicas de segurança com base em um estudo local. *Cadernos EBAPE.BR*, 0(0). <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/view/80607>

SANTOS, T. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no programa saúde da família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev. Salud. Pública, Bogotá*, v.13, n. 4, 2011.