



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Fernandes, Luiz Henrique; Alvarenga, Carlos Willie; Loures dos Santos, Luciane; Pazin-Filho, Antonio

Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário

Revista de Saúde Pública, vol. 48, núm. 2, abril, 2014, pp. 275-283

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67237024010>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Luiz Henrique Fernandes^I
Carlos Willie Alvarenga^I
Luciane Loures dos Santos^{II}
Antonio Pazin-Filho^{III}

Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário

The need to improve health care in prisons

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a estrutura física, as condições de trabalho dos profissionais da saúde e o delineamento de processos estabelecidos em unidades prisionais.

MÉTODOS: Foram analisados 34 centros de detenção provisória e 69 unidades prisionais masculinas e seis femininas do Estado de São Paulo, Brasil, em 2009. Foi desenvolvido instrumento autoaplicativo para coleta de dados quantitativos sobre as características de estrutura, equipamento e pessoal para atendimento à saúde nas unidades prisionais. A análise de variância (ANOVA) ou equivalente não paramétrico e os testes de Qui-quadrado ou Fisher foram utilizados para comparação de variáveis contínuas ou categóricas, respectivamente, entre os grupos estudados.

RESULTADOS: Os principais problemas foram o retardo nos resultados de exames laboratoriais e de imagem. Quanto às equipes, grande maioria apresentou condições próximas da proposta pela Comissão InterGestores Bipartite 2013, mas sem que isso se refletisse em melhoria dos indicadores. Com relação ao processo, observou-se que mais de 60,0% das unidades prisionais estão localizadas em cidades pequenas, sem condições estruturais de saúde para garantir o atendimento secundário ou terciário para continuidade do processo de tratamento.

CONCLUSÕES: O perfil apresentado das unidades prisionais do País poderá ser utilizado para planejamento e acompanhamento de ações futuras para melhoria contínua das condições estruturais de saúde.

DESCRITORES: Prisões, organização & administração. Planos e Programas de Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Riscos Ocupacionais.

^I Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

^{III} Departamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
 Antonio Pazin-Filho
 R. Bernardino de Campos, 1000
 14015-130 Ribeirão Preto, SP, Brasil
 E-mail: apazin@fmrp.usp.br

Recebido: 11/5/2013
 Aprovado: 16/12/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze physical structure, working conditions of health professionals and outline of the procedures established in prisons.

METHODS: We analyzed 34 provisional detention centers and 69 male and six female prison units in the state of São Paulo, Southeastern Brazil, in 2009. A self-applied instrument was developed to collect quantitative data on the characteristics of health care structure, equipment and personnel in prisons. Analysis of variance (ANOVA) or equivalent non-parametric tests and Chi-square or Fisher's tests were used to compare categorical and continuous variables, respectively, between the groups.

RESULTS: The main problems were delays in the results of laboratory tests and imaging. With respect to the teams, it was observed that a large majority were in conditions close to those proposed by the Bipartite Commission 2013 but without improvement being reflected in the indicators. With respect to the process, more than 60.0% of prisons located in small towns do not have the structural conditions to ensure secondary or tertiary health care for the continuity of treatment.

CONCLUSIONS: This profile of prisons in the country can be used for planning and monitoring future actions for the continuous improvement of healthcare processes.

DESCRIPTORS: Prisons, organization & administration. Health Programs and Plans. Patient Care Team. Occupational Risks.

INTRODUÇÃO

O planejamento e execução de programas de saúde para a população carcerária é preocupação mundial.⁹ Essa população apresenta elevados níveis de distúrbios mentais, de doenças crônicas e de uso de drogas, superiores aos das populações das quais os indivíduos tiveram origem.⁹ Adicionalmente, qualquer ambiente de concentração populacional é propício ao agravio de condições de saúde prévias, bem como ao desenvolvimento de novos agravos, como doenças sexualmente transmissíveis ou de transmissão aérea. O crescimento da população carcerária aumenta essa problemática observada em diversos países. No Brasil, essa preocupação dura mais de uma década.^a

Muito embora diagnosticado, o problema é de difícil abordagem, pois a implantação de um programa de assistência ao detento defronta-se com inúmeros entraves: a variabilidade de agravos à saúde de acordo com as características da população carcerária; a capacidade instalada prevista e real para o atendimento; as características das equipes de saúde no que se refere à disponibilidade e capacitação; e a relação da unidade prisional com a hierarquia do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população confinada no sistema penitenciário da região de Ribeirão Preto, SP, foi estimada em 4.698

indivíduos distribuídos em seis unidades prisionais (UP), sendo três no município de Ribeirão Preto (uma feminina, uma masculina e um centro de detenção provisória masculino) e três no município de Serra Azul (duas masculinas e um centro de detenção provisória masculino), em 2009. Essas unidades apresentaram taxa de ocupação entre 120,0% e 225,0% e número insuficiente de profissionais para a assistência da população encarcerada, produzindo intervenções pontuais de baixa resolubilidade, ações de pronto atendimento e necessidade elevada de deslocamento para serviços de saúde oferecidos fora das UP.

A sobrecarga de encaminhamentos para atendimento fora das UP gerou mais solicitações de escolta sem conseguir atender a todas as demandas. Tal dificuldade propiciou o início do diálogo entre os representantes das UP, mediados pela Coordenadoria da Saúde da Secretaria de Administração Presidiária e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O intuito inicial foi o de facilitar o atendimento dos presidiários referendados para essa instituição de modo a reduzir o risco que a duração prolongada da escolta significa quanto a deixar a população em geral desguarnecida. Dessa iniciativa, identificou-se a

^a Ferreira MCF, coordenador. Plano nacional de saúde no sistema penitenciário. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

necessidade de mapear a estrutura física, o processo de trabalho dos profissionais de saúde, as condições gerais de atendimento, bem como o perfil dos encarcerados das UP da região de Ribeirão Preto, posteriormente ampliado para todo o Estado de São Paulo.

Este trabalho teve como objetivo analisar a estrutura física, as condições de trabalho dos profissionais da saúde e o delineamento de processos estabelecidos em UP do Estado de São Paulo.

MÉTODOS

O instrumento desenvolvido para coleta de dados das características estruturais e profissionais foi embasado no trabalho de Marshall et al⁶ e da Organização Mundial de Saúde,¹ para favorecer comparação com outros estudos. Trata-se de questionário autoaplicativo, com dados quantitativos, a ser preenchido pelos gestores das UP, visando à generalização externa e possibilidade de reaplicação periódica para acompanhamento de processos futuros.

Esse questionário foi aplicado pelos pesquisadores em visitas *in loco* às seis UP do complexo Ribeirão Preto/Serra Azul em um projeto piloto e o instrumento foi aprimorado para ser aplicado junto aos gestores responsáveis pelo setor da saúde das UP do Estado de São Paulo.

O estudo envolveu 139 UP do Estado de São Paulo, mas a análise foi restrita a 34 centros de detenção provisória (CDP) e a 69 UP masculinas (UP-MASC) e seis femininas (UP-FEM), pois as demais instituições apresentam características diferentes de população carcerária. Para apresentação dos dados, a análise foi realizada utilizando-se esses grupos, apesar do número reduzido de UP-FEM para comparação absoluta. Foi realizada análise de sensibilidade com exclusão das UP-FEM quando os valores foram muito discrepantes sem alteração dos achados. A divisão nesses grupos procurou capturar a diferença esperada de comportamento entre o tipo de unidade prisional e o gênero.

A análise dos dados foi realizada utilizando o programa Stata versão 10 e o programa ArcGIS versão 9 para análise de geodistribuição. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP (CAAE 2731.0.000.004-09), sendo respeitadas as necessidades de segurança recomendadas pela Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. Por se tratar de dados administrativos, foi obtida a dispensa do termo de consentimento.

RESULTADOS

Com relação às condições estruturais de atendimento, todas as unidades referiram dispor de local próprio, com prontuário médico e capacidade para solicitação de exames laboratoriais e de imagem. Quanto aos prontuários, todos os detentos possuíam prontuário clínico não informatizado, transferido com o presidiário no caso de mudança de unidade prisional. Observaram-se iniciativas variando entre 21,0% e 35,0% das unidades de informatização dos dados do prontuário, com o objetivo de facilitar o acompanhamento do processo de tratamento. No entanto, esses sistemas são variáveis e, por serem iniciativas locais não interconectam as diversas UP dispersas no Estado de São Paulo.

Quanto aos exames complementares, todos os entrevistados informaram que os exames laboratoriais eram colhidos na própria unidade e que havia demora da entrega desses resultados. Em relação aos exames de imagem, quanto maior a complexidade do exame, maior a dificuldade de ser realizado (9,0% em relação à radiografia e 71,0% nos casos de tomografia), e também havia demora para obtenção dos resultados. Os medicamentos disponíveis são previstos no programa Dose Certa,^b mas cerca de 60,0% das unidades refere falta de medicamentos, principalmente anti-inflamatórios e benzodiazepínicos.

A Tabela 1 descreve as características dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento. A Tabela 2 mostra a prevalência das necessidades de saúde dos detentos e a eventual capacidade de resolução. Na Tabela 3 encontra-se a interconexão das condições internas de atendimento com a hierarquia do SUS. A Figura ilustra a concentração da população carcerária no Estado de São Paulo de acordo com o município, tanto em valores absolutos como relativos à população do município sede.

DISCUSSÃO

O levantamento realizado permitiu observar que todas as UP tinham condições estruturais relativamente adequadas para atendimento clínico do detento, com condições de realização de exames laboratoriais e solicitação de exames de imagem, embora com demora no retorno dos resultados.

Quanto aos recursos humanos, os entrevistados informaram que existem equipes de profissionais disponíveis, mas o processo de atendimento é falho pela falta de equipes completas para o atendimento, sobretudo pela dificuldade na inclusão da população carcerária nas redes de atenção hierarquizadas do SUS. Essa realidade contradiz o modelo preconizado pela Portaria Interministerial nº 1777/03 que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário,

^b O Dose Certa é o Programa de Assistência Farmacêutica Básica da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo que fornece, gratuitamente, medicamentos para os municípios do Estado. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/acoesdegoverno/saude/#dose-cert>

Tabela 1. Distribuição dos profissionais de acordo com o tipo de unidade prisional. São Paulo, 2009.

Profissão	N	CDP (34)		UP MASC (69)		UP FEM (6)	
		n ^c	%/IQ ^d	n	%/IQ	n	%/IQ
Médico	Pelo menos 1 profissional ^a	21	61,7	54	78,2	5	83,3
	n/1.000 detentos ^b	0,8	0;1,1	1	0,6;2,1	1,1	0,7;2,4
Odontologista	Pelo menos 1 profissional	28	82,3	58	84,0	5	83,3
	n/1.000 detentos	1	0,6;1,6	0,9	0,7;1,7	1,1	0,7;2,4
Psiquiatra	Pelo menos 1 profissional	12	35,3	36	52,1	6	100
	n/1.000 detentos	0	0;0,6	0	0;0,8	1,1	0,3;1,2
Enfermeiro	Pelo menos 1 profissional	23	67,6	47	68,1	4	66,6
	n/1.000 detentos	0,8	0;1,5	1,01	0;2,4	0,9	0;2,5
Auxiliar de enfermagem	Pelo menos 1 profissional	31	91,2	62	89,8	5	83,3
	n/1.000 detentos	3,3	2,7;5,0	3,5	2,5;4,9	7,4	4,4;11,1
Psicólogo	Pelo menos 1 profissional	22	64,7	55	79,7	4	66,6
	n/1.000 detentos	0,71	0;1,6	1,4	0,7;2,4	1,8	0;2,6
Assistente social	Pelo menos 1 profissional	25	73,5	60	86,9	5	83,3
	n/1.000 detentos	0,9	0,5;1,6	1,6	0,8;2,7	2,9	1,8;6,2

CDP: centro de detenção provisória; UP: unidade prisional; MASC: masculina; FEM: feminina

^a Número total de unidades com pelo menos um profissional disponível.

^b n/1.000 detentos = número de profissionais divididos pela população carcerária em 2009 e multiplicado por mil.

^c n = número absoluto dos parâmetros a e b.

^d %/IQ = Os valores referentes a pelo menos um profissional disponível são expressos em porcentagem, enquanto os valores referentes a n/1.000 detentos são expressos em intervalo interquartil.

destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional.^c Recente portaria aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite definiu que cada UP deveria conter uma equipe mínima composta por um médico (20h), um odontologista (20h), um enfermeiro (30h) e dois auxiliares de enfermagem (30h) para ser responsável por 500 a 1.200 detentos.^d Essa mencionada Portaria está de acordo com o Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário, que prevê a instalação de equipes de saúde que tenha a mesma formação de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e que possa atender e resolver os problemas de saúde de nível primário, com resolutividade alta, diminuindo sobremaneira os encaminhamentos para outros níveis do sistema. Entretanto, quando necessário, a referência para os serviços de média e alta complexidade, inclusive as urgências, deve ser garantida.

Na Tabela 1 as recomendações da Comissão Intergestores Bipartite já seriam atingidas numa proporção razoável de profissionais por UP. Contudo, o que se observou na avaliação *in locu* é que, apesar de muitas vezes existir um profissional de referência, esse não cumpria toda a jornada e exercia função mais de pronto atendimento do que de estruturação de serviço de saúde, baseado em ações de promoção, prevenção, cura e tratamento dos agravos mais comuns.^b

Essa proposta defende que a equipe atenda seguindo a mesma lógica da ESF, tendo como atribuições fundamentais o planejamento das ações, o trabalho interdisciplinar em equipe e a priorização das ações de vigilância e promoção da saúde, como a vacinação, que são as ações da atenção básica, de fácil realização e baixo custo, mas que não atingem 100% das UP, conforme visto na Tabela 2.

Unidades prisionais são evitadas por profissionais de saúde, que as consideram de alta periculosidade. Isso faz com que, embora exista um contingente de profissionais previstos, este frequentemente não esteja completo e a reposição seja morosa e difícil. As condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde nas UP também devem ser avaliadas. As necessidades de documentação médica legal, acesso informatizado à rede de prestadores, segurança, contrarreferência e incentivos financeiros são condições de trabalho que podem motivar o profissional.

Uma das possibilidades para essa questão talvez seja o incentivo e a formação de profissionais com perfil mais adequado a essa realidade. Em outros países, médicos de família têm atuado em UP e têm se especializado em medicina em prisões, com carga horária diferenciada e formação específica nas afecções mais prevalentes nas UP.^s

^c Ministério da Saúde. Plano nacional de saúde no sistema penitenciário. Brasília (DF); 2005.

^d São Paulo. Deliberação CIB – 62 de 6 de setembro de 2012. Diário Oficial Estado São Paulo. 07 set 2012; Seção 1:34.

Tabela 2. Distribuição das categorias de atenção à saúde de acordo com o tipo de unidade prisional. São Paulo, 2009.

Categoria	CDP (34)		UP MASC (69)		UP FEM (6)	
	n	%/IQ ^a	n	%/IQ	n	%/IQ
A - Doenças menores (e.g., dor de cabeça, resfriados, problemas de pele)						
Não abordadas	1	3	1	1,5	0	0
Parcialmente	9	27,2	18	26,8	0	0
Totalmente	23	69,7	48	71,6	6	100
B - Outras doenças (e.g., doenças cardiovasculares, controle de fatores de risco, infecções)						
Doenças sexualmente transmissíveis	1,07	0,62;1,85	1,41	0,9;1,9	12,9	3,7;34,4
Hanseníase	0	0;0,7	0	0;0,07	0	0;0
Tuberculose	0,64	0,34;1,1	0,9	0,89;1,62	0,15	0,12;0,37
Hipertensão arterial sistêmica	1,2	0,09;2,70	2,6	1,4;4,1	8,4	7,5;16,0
Diabetes mellitus	0,51	0,21;0,87	0,7	0,47;1,07	1,37	0,86;2,25
Outros	0	0;0,16	0	0;0,33	0,86	0,25;1,64
C - Ginecologia e obstetrícia						
Não abordadas					0	0
Parcialmente					3	50,0
Totalmente					3	50,0
D - Distúrbios mentais						
Não abordadas	2	5,9	4	5,8	1	16,6
Parcialmente	18	52,9	32	45,4	3	50,0
Totalmente	14	41,2	33	47,8	2	33,3
E - Álcool e drogas						
Álcool						
Não é problema - álcool proibido	11	61,1	39	83,0	2	66,6
Só é problema na admissão	15	68,2	12	60,0	3	75,0
Problema constante	1	2,9	8	11,6	0	0
Abordagem admissional	22	66,6	34	50,0	5	83,3
Tratamento oferecido	10	31,2	15	23,1	2	40,0
Drogas						
Totalmente	4	11,7	2	2,9	1	16,6
Parcialmente	15	44,1	22	31,9	3	50,0
Casos graves	13	38,2	41	59,4	1	16,6
Não responderam	2	5,9	4	5,8	1	16,6
Abordagem admissional	25	73,5	46	67,6	5	83,3
Tratamento oferecido	18	56,2	32	49,2	3	60,0
F - Promoção de saúde						
Avaliação admissional	31	96,9	61	93,8	5	83,3
Tipo de avaliação						
Somente clínica	13	38,2	32	46,4	2	33,3
Clínica (complementada se indicado)	18	52,9	30	43,5	2	33,3
Clínica + laboratório + imagem	3	8,8	7	10,1	2	33,3
Vacinação de rotina na unidade	31	91,2	64	94,1	4	66,6
Tipos de vacinas aplicadas						
SCR – Tríplice viral	10	29,4	20	29,0	2	33,3
Tétano	6	17,6	8	11,6	0	0
Febre amarela	18	52,9	18	26,1	2	33,3
Influenza	16	47	58	84,0	3	50,0

Continua

Continuação

H1N1	0	0	4	5,8	0	0
Dupla	17	50,0	29	42,0	2	33,3
Hepatite	14	41,2	39	56,5	3	50,0
Convênios/Parcerias	9	27,7	23	33,8	4	66,6
Deficientes						
Cadeiras de rodas/Muleta	26	76,4	53	76,8	3	50,0
Visual	13	38,2	35	50,7	4	66,6
Auditivo	13	38,2	18	26,1	3	50,0
Fala	12	35,3	15	21,7	1	16,6

CDP: centro de detenção provisória; UP: unidade prisional; MASC: masculina; FEM: feminina

^a Porcentagem em relação ao total da coluna para todas as categorias, com exceção da categoria B, na qual estão expressos os intervalos interquartis.

Quanto à abordagem das condições nosológicas nas UP, observamos que a alta rotatividade dos detentos nos CDP dificulta ações de prevenção, promoção e de tratamento das condições mais prevalentes. Em 2009, a rotatividade foi de 120,0%, de acordo com os gerentes das UP, sendo impossível manter qualquer informação atualizada sobre a saúde se não houver um sistema de informatização que comunique as UP, além da aplicação de protocolos já estabelecidos. Outra questão que possibilitaria aumentar a resolutividade dos problemas de saúde da população encarcerada seria a implantação de protocolos clínicos e de regulação já disponíveis nos serviços públicos de saúde, que aumenta a resolutividade a um preço acessível e com medicações disponíveis na própria UP.

Algumas condições consideradas de suma importância em todos os complexos prisionais no mundo, como distúrbios mentais e uso de álcool e drogas, são reconhecidamente não identificadas ou abordadas apenas em situações complexas. Provavelmente, esse dado pode estar subestimado por receio dos gestores em informar uma situação sobre a qual não estejam tendo controle, levando à suspeita de que o problema seja ainda maior. O cuidado requerido para tratamento e prevenção desses problemas requer uma equipe multiprofissional, que tenha psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e o médico de família. Os psicólogos e assistentes sociais são a maioria e, pelas visitas *in locu*, os verdadeiros responsáveis

Tabela 3. Parâmetros de fluxo de internos ao longo do Sistema Único de Saúde. São Paulo, 2009.

Parâmetros de fluxo	CDP (34)		UP MASC (69)		UP FEM (6)	
	n	%	n	%	n	%
Atendimento à saúde	33	97,0	98,5	6,0	6	100
Referência secundária	7	20,6	5	0	0	0
Referência terciária	10	29,4	32	2,0	2	23,3
Urgência	25	73,5	50	6,0	6	100
Via de encaminhamento						
Regulação	15	44,4	43	4,0	4	66,6
Contato direto	16	47,0	34	1,0	1	16,6
Outras vias	8	23,5	6	1,0	1	16,6
Satisfação com a via de encaminhamento						
Não	11	32,3	40	4,0	4	66,7
Sim	21	61,7	25	1,0	1	16,6
Não respondeu	2	5,9	4	1,0	1	16,6
Problemas para encaminhamento						
Indisponibilidade de escolta	21	61,7	53	3,0	3	50,0
Indisponibilidade de ambulância	5	14,7	20	1,0	1	16,6
Indisponibilidade de unidade receptora	5	17,7	22	3,0	3	50,0
Outros problemas de transferência	6	17,6	12	3,0	3	50,0

CDP: centro de detenção provisória; UP: unidade prisional; MASC: masculina; FEM: feminina

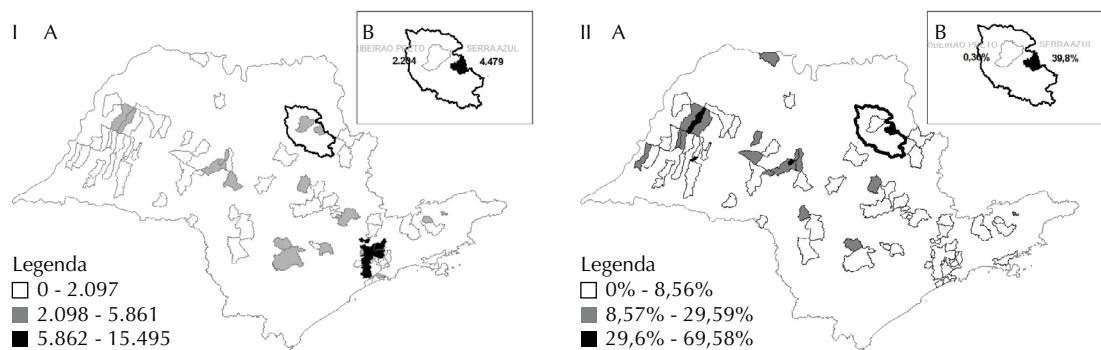


Figura. (A) Mapa de distribuição da população de detentos nas unidades prisionais do Estado de São Paulo. (B) Mapa da área coberta pelo Departamento de Saúde XIII do Estado de São Paulo, municípios de Ribeirão Preto e Serra Azul (Microrregião administrativa de Ribeirão Preto) (B). Em I está destacado o número absoluto de detentos; em II a distribuição proporcional em relação à população do município.

pelo funcionamento mínimo que se observa. Esses profissionais, se não ocupados por diferenciadas tarefas, poderiam ter mais tempo para auxiliar na identificação de problemas dessa natureza.

Outro indicador importante e de grande impacto para o bom funcionamento dos serviços de atenção à saúde refere-se à distribuição das UP do Estado de São Paulo e a representação proporcional em relação ao município em que estão alocadas. Como exemplo, observou-se que a população carcerária representa 40,0% ou mais da população total do município de Serra Azul. Considerando-se que o município é responsável pela atenção básica e que a instalação de recursos secundários e terciários de saúde é diretamente proporcional à população residente, não é de se estranhar que o maior problema relatado seja a continuidade do processo de atendimento para instâncias secundárias, terciárias ou em situação de emergência, pois em muitos desses municípios elas não estão disponíveis. Nesse sentido, seria importante que a política de implantação das UP levasse em conta a capacidade da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), instalada no município, e que essa fosse integrada ao sistema referencial do SUS. No exemplo citado, todas as vezes que a população prisional de Serra Azul requer cuidado secundário ou terciário deve ser transferida para o município de Ribeirão Preto. Além de exigir a demanda de escolta, deve-se considerar que a população prisional também implica num aumento da “população flutuante” de familiares que acompanham o detento em suas transferências e que também poderá necessitar do sistema de saúde.

Em relação à prevalência de doenças crônicas, são escassos os estudos sobre tais doenças no âmbito das UP, dificultando comparações com outros serviços. Por ser tratar de estudo ecológico, onde o objeto do estudo

foram UP e não os indivíduos, fica difícil estudar a efetividade das ações. Contudo, considerando-se a aparente desorganização do processo de trabalho e da integração com outros níveis do sistema de atenção à saúde, é esperado encontrar baixa resolutividade, além de certamente haver grande demanda reprimida.⁴

Pode-se observar que a tuberculose é ainda um problema nas UP, apesar de as taxas de tratamento alcançarem quase 100% com a instituição do tratamento supervisionado implantado. No entanto, enfrentam-se continuamente novas doenças de transmissão respiratória, como a H1N1, para as quais a taxa de contaminação é muito maior. Adicionalmente, a sobrelotação das UP pode implicar em situações de alto risco epidêmico. A medida de prevenção recomendada é a implantação de protocolos de triagem admissional mais estruturados que não estão disponíveis de forma adequada. Além de aprimorar o serviço de saúde prestado pela unidade prisional, ressalta-se a importância de garantir a referência com outros níveis da rede de atenção à saúde para que a ocorrência de surtos, como o observado em 2010 em cerca de 1.500 dos 3.000 detentos^e de uma unidade prisional num município como Serra Azul, possa ser prevenida e combatida. As UP devem ser levadas em consideração na elaboração de planos de catástrofe em situações epidêmicas.

Para tanto, é necessário que outras medidas sejam tomadas em conjunto, como a capacitação de profissionais de saúde, principalmente os médicos, para atuar nas condições específicas do sistema penitenciário. Apesar de já ser demonstrado que esse ambiente pode ser cenário importante para a formação do médico, ainda são poucas as escolas médicas que incluem essa temática no currículo.² A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP é pioneira ao incluir a RCG0480 – Medicina

^e Informações prestadas pela Vigilância Sanitária do Departamento Regional de Saúde XIII do Estado de São Paulo.

de Confinamento – Estrutura de Atendimento à Saúde, Risco Ocupacional e Nosocomial, onde os alunos estudam a epidemiologia do ambiente prisional e são levados ao presídio.^f Também no curso de Ginecologia e Obstetrícia da mesma instituição está incluído o atendimento em UPC-FEM. Esse trabalho pode vir a despertar o profissional para esse campo de trabalho e desfazer mitos sobre as condições de atendimento no sistema penitenciário.

A iniciativa da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo visa novas formas de enfrentar o problema de implantação das equipes mínimas, a partir do estabelecimento de parcerias Estado/Municípios, voltadas à atenção à saúde da população privada de liberdade, previstas pela Deliberação CIB-62, de 6/9/2012. Mesmo com essa iniciativa, ainda não é esperado que todas as metas propostas sejam alcançadas, sobretudo no que concerne às atividades preventivas,^{4,10} tendo em vista a complexidade do contexto prisional. Nesse sentido, iniciativas realizadas na penitenciária masculina “Mário de Moura e Albuquerque”, localizada no município de Franco da Rocha, com a formação de presos para atuarem como agentes promotores de saúde, coordenada por essa equipe instalada, e a intervenção das universidades de saúde podem ser estratégias muito importantes para melhoria da assistência à saúde no sistema prisional.

Outro ponto importante é o auxílio da informática. Observou-se no trabalho a iniciativa de diversas unidades em estabelecer um sistema de controle dos processos de saúde e tratamento. Entretanto, essas iniciativas dependem de pessoas isoladas e não intercomunicam as UP. A informatização em saúde é um avanço importante para melhoria dos processos internos e para os registros epidemiológicos. O estabelecimento de prontuário eletrônico, como a inclusão da população prisional nos sistemas de dados nacionais (Datasus), deve ser

priorizado.⁹ Além do prontuário eletrônico, o sistema carcerário deve ser integrado ao sistema de regulação médica de emergências, para que as solicitações de vagas sejam facilitadas e documentadas.¹⁰

Uma das dificuldades encontradas para análise dos questionários foram questões não respondidas. É possível que algumas perguntas não tenham sido claras para os gestores e eles optaram por não responder. Apesar do cuidado na elaboração de um instrumento que fosse auto-aplicativo, com linguagem clara e acessível, algumas questões poderiam ser mais bem interpretadas e, consequentemente, as informações seriam mais fidedignas se a entrevista fosse feita *in locu*, o que não foi viável pelo número de unidades que teriam que ser visitadas e às limitações orçamentárias do projeto. Outros estudos são necessários para caracterizar a população prisional e delimitar políticas de saúde. Entretanto, diante desse panorama documentado, a aplicação regular do instrumento utilizado neste estudo pode servir como indicador do comportamento da saúde, importante tanto para as novas recomendações da Comissão Intergestores Bipartite como para avaliação e acompanhamento dos indicadores de saúde.

Este trabalho apresentou um perfil das unidades prisionais do País, que poderá ser utilizado para planejamento e acompanhamento de ações futuras para melhoria contínua do processo de saúde.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, pelo apoio e aplicação dos questionários às UP do Estado de São Paulo.

Aos responsáveis pelo setor da saúde das unidades prisionais do Estado de São Paulo, em especial aos profissionais dos municípios de Ribeirão Preto e Serra Azul.

^f Pazin-Filho A, Macedo CSV, Barbosa HF. RCG0480 - Medicina de Confinamento - estrutura de atendimento à saúde, risco ocupacional e nosocomial. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. Disponível em: <https://titania.cirp.usp.br/moodle/course/info.php?id=426>

REFERÊNCIAS

1. Adolfi Jr MS, Pallini FM, Pessotti H, Wolf CM, Patelli HT, Capeli RD, et al. Emergency medical coordination using a web platform: a pilot study. *Rev Saude Publica.* 2010;44(6):1063-71. DOI:10.1590/S0034-89102010000600011
2. Alemagno SA, Wilkinson M, Levy L. Medical education goes to prison: why? *Acad Med.* 2004;79(2):123-7. DOI:10.1097/00001888-200402000-00005
3. Anaraki S, Plugge E, Hill A. Delivering primary care in prison: the need to improve health information. *Inform Prim Care.* 2003;11(4):191-4.
4. Condon L, Hek G, Harris F, Powell J, Kemple T, Price S. Users' views of prison health services: a qualitative study. *J Adv Nurs.* 2007;58(3):216-26.
5. Ginsburg P, Koretz D. Bed availability and hospital utilization: estimates of the "Roemer effect." *Health Care Financ Rev.* 1983;5(1):87-92.
6. Marshall T, Simpson S, Stevens A. Health care needs assessment in prisons: a toolkit. *J Public Health Med.* 2001;23(3):198-204. DOI:10.1093/pubmed/23.3.198
7. Möller L, Stöver H, Jürgens R, Gatherer A, Nikogosian H. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. p. 1-198.
8. Pazin-Filho A, Soares CS, Ferrais ADSN, Oliveira e Castro PDT, Bellissimo-Rodrigues F, Nogueira JDA, et al. Tuberculosis among health care workers in a Brazilian tertiary hospital emergency unit. *Am J Emerg Med.* 2008;26(7):796-8.
9. Sparrow N. Health care in secure environments. *Br J Gen Pract.* 2006;56(530):724-5.
10. Viggiani N. Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health. *Sociol Health Illn.* 2007;29(1):115-35.

Estudo financiado pela Fundação de Apoio, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA/HC-98/2009) e pelo Programa Ensinar com Pesquisa da Universidade de São Paulo (PROEP/2009) (bolsa para os alunos da Faculdade de Medicina). Os autores declararam não haver conflito de interesses.