

# Atendimento ambulatorial no cárcere: o papel da medicina de família

Outpatient care in prison: the role of family practice

*Atención ambulatoria en prisión: el papel de la medicina familiar*

Angelica Campos Cintra Volpe<sup>1</sup> , Renata Moreira Serra<sup>2</sup> , Luciana Cisoto Ribeiro<sup>2</sup> , Janise Braga Barros Ferreira<sup>2</sup> , Luciane Loures dos Santos<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

## Resumo

No Brasil, as pessoas privadas de liberdade estão submetidas a condições inapropriadas de encarceramento, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ainda que este direito seja reiterado por políticas nacionais e internacionais. Este artigo teve como objetivo apresentar o atendimento de pessoas privadas de liberdade por crimes gerais no período de julho a dezembro de 2019. Estudo observacional, transversal, quantitativo, tipo inquérito de uma amostra aleatória e representativa de uma penitenciária masculina, com aplicação de um questionário sobre as condições de saúde cujos diagnósticos foram categorizados pela Classificação Internacional de Atenção Primária e suas associações analisadas pelo teste de qui-quadrado e análise de variância. A maioria dos 200 participantes tinha entre 30 e 49 anos (73%), era de pardos ou pretos, solteiros, com baixa escolaridade, encarcerados em uma unidade superlotada (227%), tabagistas (49%) e sedentários (75%). O atendimento foi o primeiro para 40% dos presos, 74,5% deles possuíam até dois problemas de saúde, sendo os principais relacionados a problemas endócrinos e metabólicos, como obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial. A eutrofia foi o diagnóstico mais encontrado e 65% avaliaram sua saúde como boa ou muito boa. Houve associação entre o número de diagnósticos entre aqueles com maior idade ( $p < 0,01$ ) e a prescrição de medicamentos ( $p < 0,01$ ). O sedentarismo foi mais significativo entre os tabagistas com razão de prevalência de 1,65 (intervalo de confiança — IC95% 1,12–2,43). Foram realizadas cerca de duas orientações para cada atendimento, predominando aquela sobre alimentação e prática de atividade física. Foram prescritos medicamentos para metade dos presos atendidos (52,5%) e transferência para atendimento em outros serviços em 5% deles. O estudo revelou a presença de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e que o atendimento clínico na unidade prisional por médicos de família e comunidade é exequível e resolutivo, reduzindo atendimentos extramuros, diminuindo custos e aumentando a segurança de trabalhadores e usuários.

**Palavras-chave:** Prisões; Assistência ambulatorial; Atenção primária à saúde; Brasil.

### Autor correspondente:

Luciane Loures dos Santos

E-mail: luloures@fmrp.usp.br

### Fonte de financiamento:

Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

### Parecer CEP:

CAAE 86926618.6.3002.5563.

### Procedência:

não encomendado.

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 14/07/2023.

Aprovado em: 07/09/2023.

### Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e

Marcello Dala Bernardina Dalla.

**Como citar:** Volpe, ACC, Serra RM, Ribeiro LC, Ferreira, JBB, Santos LL. Atendimento ambulatorial no cárcere: o papel da medicina de família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3862. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3862](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3862)



## Abstract

In Brazil, people deprived of liberty are subjected to inappropriate conditions of imprisonment, with difficulties in accessing health services, even though this right is reiterated by national and international policies. This article aimed to present the health care of people deprived of liberty for general crimes treated from July to December 2019. Observational, cross-sectional, quantitative, survey-type study of a random and representative sample of a male penitentiary, with application of a questionnaire about health conditions, whose diagnoses were categorized by the International Classification of Primary Care and their associations analyzed by the chi-square test and analysis of variance. The majority of the 200 participants were between 30 and 49 years old (73%), brown or black, single, with low education, incarcerated in an overcrowded unit (227%), smokers (49%), and sedentary (75%). It represented the first consultation for 40% of users, 74.5% had up to two health problems, the main ones being related to endocrine and metabolic problems, such as obesity, dyslipidemia, and high blood pressure. Eutrophy was the most common diagnosis and 65% rated their health as good or very good. There was an association between the number of diagnoses among those who were older ( $p < 0.01$ ) and medication prescription ( $p < 0.01$ ). Sedentarism was more significant among smokers with a prevalence ratio of 1.65 (95%CI 1.12–2.43). About two orientations were carried out for each service, predominating orientation on food and physical activity. Medications were prescribed for half of the prisoners assisted (52.5%) and transfer to other services for 5% of those assisted. The study revealed the presence of risk factors for non-communicable chronic diseases and that clinical care in the prison unit by family doctors is feasible and resolving, reducing extramural visits, reducing costs, and increasing the safety of workers and users.

**Keywords:** Prisons; Ambulatory care; Primary health care; Brazil.

## Resumen

En Brasil, las personas privadas de libertad están sujetas a condiciones de encarcelamiento inadecuadas, con dificultades para acceder a los servicios de salud, aunque este derecho sea reiterado por políticas nacionales e internacionales. Este artículo tuvo como objetivo presentar la atención a la salud de personas privadas de libertad por delitos generales en el período de julio a diciembre de 2019. Estudio observacional, transversal, cuantitativo, tipo encuesta, de una muestra aleatoria y representativa de un centro penitenciario masculino, con aplicación de un cuestionario sobre condiciones de salud, cuyos diagnósticos fueron categorizados por la Clasificación Internacional de Atención Primaria y sus asociaciones analizadas por la prueba de chi-cuadrado y análisis de varianza. La mayoría de los 200 participantes tenían entre 30 y 49 años (73%), morenos o negros, solteros, con baja escolaridad, reclusos en una unidad de hacinamiento (227%), fumadores (49%) y sedentarios (75%). Representó la primera consulta para el 40% de los usuarios, el 74,5% presentaba hasta dos problemas de salud, siendo los principales relacionados con problemas endocrinos y metabólicos, como obesidad, dislipidemia e hipertensión arterial. La eutrofia fue el diagnóstico más común y el 65% calificó su salud como buena o muy buena. Hubo asociación entre el número de diagnósticos entre los de mayor edad ( $p < 0,01$ ) y la prescripción de medicamentos ( $p < 0,01$ ). El sedentarismo fue más significativo entre los fumadores con una razón de prevalencia de 1,65 (IC95% 1,12–2,43). Se realizaron cerca de dos orientaciones por cada servicio, predominando la orientación sobre alimentación y actividad física. Se prescribieron medicamentos a la mitad de los internos atendidos (52,5%) y traslado a otros servicios al 5% de los atendidos. El estudio reveló la presencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y que la atención clínica en la unidad penitenciaria por médicos de familia es factible y resolutoria, reduciendo las visitas extramuros, reduciendo costos y aumentando la seguridad de los trabajadores y usuarios.

**Palabras clave:** Prisiones; Atención ambulatoria; Atención primaria de salud; Brasil.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é constitucionalmente definida como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, as populações em situação de vulnerabilidade, especialmente as pessoas privadas de liberdade (PPL), têm este e outros direitos violados, mesmo que garantidos pela Lei de Execução Penal.<sup>1,2</sup>

A ratificação desse direito foi enfatizada com a criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014. Com a PNAISP foi reiterada a defesa dos direitos humanos e da atenção à saúde, a fim de manter as ações de promoção, prevenção de agravos e tratamento, garantindo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado.<sup>3-7</sup>

Tais políticas reconhecem as unidades prisionais (UP) como parte integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com competência para realizar ações de atenção básica, além de garantir o acesso aos serviços especializados, possibilitando a oferta de uma assistência coordenada, interdisciplinar e integral. Contudo, o acesso aos serviços de saúde é dificultado pela carência e alta rotatividade de profissionais,

falta de capacitação e característica encapsulante da UP. Outrossim, apenas 37% das UP brasileiras aderiram à PNAISP e possuem equipes de saúde prisional.<sup>8</sup>

A fragilidade da integração com outros pontos da RAS interfere na resolutividade e integralidade do cuidado. Estudos comprovam que a dificuldade de se estabelecerem ações articuladas impede a realização de diagnósticos e tratamentos precoces, compromete o manejo das doenças e potencializa o agravamento de patologias no cenário da UP.<sup>9-11</sup>

As PPL estão submetidas a condições estruturais inapropriadas durante todo o curso de sua pena, vivendo em ambientes superlotados, celas escuras, pouco ventiladas e úmidas, com dificuldade de acesso à água, o que as torna mais suscetíveis aos transtornos físicos e mentais.<sup>7,12</sup>

Historicamente, doenças transmissíveis como tuberculose, hepatites e infecções pelo HIV são reconhecidas como principais problemas de saúde nas UP. Todavia, estudos recentes afirmam que a presença de outros problemas de saúde como hipertensão arterial (HA), asma brônquica, artrite e transtornos mentais também afeta essa população, indicando a necessidade de um olhar abrangente para o perfil de morbimortalidade das PPL.<sup>12-14</sup>

Assim, este estudo teve como objetivo apresentar o perfil de morbidade de uma população privada de liberdade atendida em uma UP por médicos de família e comunidade.

## MÉTODOS

Estudo observacional, transversal, quantitativo, tipo inquérito, com amostra representativa da população masculina encarcerada por crimes gerais, localizada no interior do Brasil.<sup>15</sup> A UP é estruturada em oito corredores, cada um com oito celas e área de convivência destinadas às atividades de lazer e serviços. Possui uma área destinada aos cuidados em saúde, com consultório clínico e odontológico. Tinha capacidade para 853 presos, mas possuía 1.943 durante o estudo, com taxa de ocupação de 227%.

Para o cálculo amostral, considerou-se a população total, a prevalência de HA (17%), intervalo de confiança (95%) e erro aceitável (5%), resultando em 196 pessoas. Foram sorteadas três pessoas por cela, totalizando 24 pessoas por raio e uma amostra aleatória estimada de 200 participantes, sendo excluídos aqueles que estavam em trânsito ou em atividades externas à UP no período da coleta de dados (julho a dezembro de 2019).

Os pesquisadores fizeram a apresentação da pesquisa, a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para aqueles que foram sorteados, os que não concordaram em participar foram reconduzidos ao pavilhão de origem e foi convidada a próxima pessoa sorteada. A pesquisa ocorreu no pavilhão escolar, com aplicação face a face do questionário sobre o perfil sociodemográfico, hábitos de vida, tempo de encarceramento, autoavaliação da saúde, história pregressa de doenças, além de avaliação clínica, laboratorial e nutricional dos participantes.<sup>16</sup>

Os dados dos atendimentos clínicos foram coletados em um instrumento que continha variáveis sobre identificação, idade, problemas/diagnósticos, resultado de exames, conduta, orientações, prescrições, solicitação de exames, procedimentos e encaminhamentos. Eles foram registrados em duplicidade, uma via foi arquivada no prontuário do participante e a outra está sob responsabilidade dos pesquisadores. Utilizou-se o programa Epidata<sup>®</sup> versão 3.1 para a digitação dos dados e uma planilha do Microsoft Excel<sup>®</sup> para limpeza, correção e análise da consistência. Os diagnósticos encontrados foram categorizados segundo a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), que correlaciona as queixas às pessoas e não propriamente às doenças, permitindo identificar as demandas dos detentos,

seja solicitação de exames, seja uma enfermidade ou um problema.<sup>17</sup> As prescrições foram divididas em classes terapêuticas, de acordo com um guia farmacoterapêutico.<sup>18</sup>

Realizaram-se análises descritivas dos dados (média, mediana, números absolutos e percentuais), de associações entre variáveis qualitativas (testes do  $\chi^2$  e exato de Fisher) e comparação entre quantidade de diagnósticos e tempo de cárcere pela análise de variância (ANOVA). As análises foram realizadas com o auxílio do *software* SAS 9.4 e nível de significância de 5%.<sup>19-21</sup>

Os pesquisadores foram treinados para uniformizar o procedimento de coleta de dados e receber orientações sobre regras de segurança para a atuação neste cenário, garantindo-se os preceitos de sigilo e ética na pesquisa. Foi realizado um pré-teste em 2018, na própria UP, para a adequação dos instrumentos de pesquisa e a padronização das condutas dos pesquisadores.

Durante a pesquisa, os médicos pesquisadores comprometeram-se em atender as PPL que apresentassem queixas clínicas, mesmo que não tivessem sido sorteadas, uma vez que a UP não contava com médico em sua equipe, contudo esses dados não compuseram o banco de dados.

Este estudo integra o projeto “Condições de Saúde da População Privada de Liberdade das penitenciárias I e II de Serra Azul/SP” aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética — CAAE:86926618.6.0000.5414) e autorizado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) do Estado de São Paulo (CAAE: 86926618.6.3002.5563).

## RESULTADOS

Das 211 pessoas sorteadas, 11 não participaram do atendimento clínico (cinco foram transferidas ou libertadas pelo cumprimento da pena, quatro desistiram, uma estava internada e outra em trânsito), resultando no acompanhamento de 200 participantes (Tabela 1). A população estudada apresentou idade predominante de 30 a 39 anos (48%), de maioria não branca (65%), sem companheiro (57%), que estudou até o ensino fundamental (63%).

Quase metade referiu fumar na prisão (49,5%), variando de um a 60 cigarros/dia, com mediana de dez, sendo o cigarro de palha o mais citado (67,7%) pelos participantes.

Um terço (29,5%) praticava alguma atividade física e 65% avaliaram sua saúde como boa ou muito boa. A pena a ser cumprida apresentou mediana de 60 meses, com mínimo de oito até 288 meses de reclusão (aproximadamente 24 anos), e 80 participantes informaram que este atendimento representou o primeiro contato com serviço de saúde da UP durante o encarceramento.

### Perfil dos atendimentos

Dos 200 participantes, 45% referiram apenas um problema de saúde, 29,5% dois problemas, 25% mais de três, totalizando 358 registros, média de 1,67 problema por participante, com máximo de cinco e um prontuário sem registro. Os problemas foram divididos entre principal (199), secundário (109) e terciário (50), de acordo com a ordem de registro no instrumento. Os mais encontrados relacionam-se a problemas endócrino/metabólicos e nutricionais (31,3%), gerais e inespecíficos (19%) e do aparelho circulatório (15,2%). Os demais capítulos citados do CIAP representaram 34,5%. Além dos problemas endócrino/metabólicos e circulatórios que estavam também presentes entre os diagnósticos secundários e terciários, destacaram-se os respiratórios e de pele entre os secundários e problemas psicológicos, respiratórios e musculoesqueléticos como terciários (Tabela 2).

**Tabela 1.** Perfil das pessoas privadas de liberdade atendida na Unidade Prisional de Serra Azul, Brasil, 2021.

	n	%
<b>Faixa etária (anos)</b>		
21 a 29	43	21,5
30 a 39	96	48
40 a 49	50	25
50 ou mais	11	5,5
<b>Cor declarada</b>		
Branca/amarela	71	35,5
Preta	21	10,5
Parda	108	54
<b>Estado conjugal</b>		
Solteiro	106	53
Casado/união estável	86	43
Separado/divorciado/Viúvo	8	4
<b>Grau de escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	114	57
Ensino fundamental completo	18	9
Ensino médio incompleto	30	15
Ensino médio completo	33	16,5
Ensino superior completo/ incompleto	5	2,5
<b>Tabagismo durante o encarceramento</b>		
Sim	99	49,5
Não	101	50,5
<b>Atividade física</b>		
Sim	59	29,5
Não	141	70,5
<b>Avaliação da saúde</b>		
Muito boa	29	14,5
Boa	101	50,5
Regular	60	30
Ruim/muito ruim	10	5

**Tabela 2.** Registros dos diagnósticos categorizados seguindo a classificação da Classificação Internacional de Atenção Primária das pessoas privadas de liberdade atendida em Serra Azul, Brasil, 2021.

CIAP	Diagnóstico principal	Diagnóstico secundário	Diagnóstico terciário
Endócrino/metabólico e nutricional	83 (41,7%)	36 (33%)	14 (28%)
Geral e inespecífico	46 (23,1%)	9 (8,3%)	4 (8%)
Circulatório	30 (15,1%)	13 (11,9%)	6 (12%)
Respiratório	17 (8,5%)	14 (12,8%)	6 (12%)
Pele	5 (2,5%)	13 (12%)	2 (4%)
Psicológico	3 (1,5%)	7 (6,4%)	6 (12%)
Musculoesquelético	4 (2,0%)	6 (5,5%)	5 (10%)
Digestivo	2 (1,0%)	7 (6,4%)	0 (0%)
Neurológico	7 (3,6%)	0 (0%)	2 (4%)
Outros	1 (0,5%)	3 (2,8%)	4 (8%)
Sem informação	1 (0,5%)	1 (0,9%)	1 (2%)
Total	199 (100%)	109 (100%)	50 (100%)

CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária.

A eutrofia, definida como “contato com os serviços de saúde para exame e investigação”, foi o registro mais encontrado entre os participantes, seguido de obesidade, dislipidemia e HA. Dos demais órgãos e sistemas surgiram queixas de asma, rinite alérgica, infecção de vias aéreas e cefaleia. As micoses superficiais foram os principais diagnósticos entre os problemas de pele (80%), a dorsalgia representou 75% das musculoesqueléticas e o transtorno do sono 66% das queixas psicológicas (Tabela 3).

Não houve associação entre problemas respiratórios e tabagismo nem entre os diagnósticos encontrados e a prática de atividade física. Todavia, o sedentarismo foi mais significativo entre os tabagistas que os não tabagistas ( $p < 0,01$ ) (razão de prevalência — RP 1,65; intervalo de confiança — IC95% 1,12–2,43). Também não houve associação entre proporção de diagnósticos e o tempo de encarceramento ou a autoavaliação da saúde. Contudo, observou-se maior o número de diagnósticos entre aqueles com maior faixa etária (Tabela 4).

Para a complementação diagnóstica e/ou manejo dos casos foram solicitadas, para 10,5% das PPL, 21 aferições da pressão arterial e uma curva glicêmica e, para 19% dos atendidos, exames complementares, dos quais 78,95% exames laboratoriais e 5,26% de imagem; em 15,8% não houve registro do tipo de exame solicitado.

Foram realizadas 344 orientações para 164 participantes, categorizadas com base na ordem de registro como principal, secundária, terciária e quaternária (Tabela 5). A orientação alimentar foi a mais registrada tanto como orientação principal como no total. A prática de atividade física foi a segunda em números absolutos no total e a orientação secundária mais citada. Quase um terço das recomendações se enquadra entre as orientações gerais como hidratação adequada, uso correto de medicação ou orientações inespecíficas.

Receberam prescrição medicamentosa 52,5% dos participantes, sendo 20,9% de hipolipemiantes, 18,1% de anti-hipertensivos e 16,9% de corticoide inalatório, tópico ou oral. Houve prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios, respectivamente, para 15,2 e 11,4%, de antialérgicos (11,4%) e antifúngicos (10,4%). Quase um terço das prescrições (26,7%) destinou-se à analgesia. Os medicamentos prescritos estavam disponíveis na farmácia da UP. Houve associação significativa entre a quantidade de diagnóstico e a prescrição de medicamentos (Tabela 4).

Após os atendimentos, foram encaminhados a outros pontos da RAS dez presos (5%), sendo dois para investigações complementares (endoscopia digestiva alta e ecocardiograma) e sete para avaliação com as especialidades cirurgia geral, oftalmologia, cardiologia e dermatologia.

## DISCUSSÃO

As pessoas atendidas apresentaram idade média de 36 anos, eram de maioria parda, solteira e de baixa escolaridade. Estudos internacionais têm demonstrado que o perfil das PPL está super-representado nos cárceres por minorias marginalizadas, em maior situação de vulnerabilidade, com acesso limitado à saúde e educação, com desvantagens sociais e econômicas, como os negros no Brasil, os aborígenes na Austrália, imigrantes na Suíça e os latinos nos Estados Unidos.<sup>11,22</sup> As PPL estudadas apresentaram-se discretamente mais velhas (30 a 49 anos) quando comparadas a outros estudos nacionais e internacionais que referem uma população mais jovem, com média de 29 a 33 anos.<sup>12,13,22</sup>

Apesar da redução do tabagismo na população geral, principalmente entre homens brasileiros,<sup>23</sup> o consumo de tabaco é uma realidade entre as PPL em todo o mundo. A literatura mostra que cerca de metade dos encarcerados brasileiros é de tabagistas e esse hábito atinge percentuais de 64 a 90% em outras nações.<sup>1,11,13,22,24</sup>

**Tabela 3.** Especificação dos diagnósticos identificados como diagnóstico principal seguindo a classificação da Classificação Internacional de Atenção Primária das pessoas privadas de liberdade atendida em Serra Azul, Brasil, 2021.

<b>Diagnóstico Principal segundo o CIAP</b>	<b>Total de casos (%)</b>
<b>Endócrino/metabólico e nutricional</b>	<b>83 (41,71%)</b>
Obesidade	39 (46,99%)
Distúrbio de lipoproteína	36 (43,37%)
Diabetes mellitus	8 (9,64%)
<b>Total</b>	<b>83 (100%)</b>
<b>Geral e inespecífico</b>	<b>46 (23,12%)</b>
Eutrofia — contato com serviços de saúde para exame e investigação	46 (100%)
<b>Total</b>	<b>46 (100%)</b>
<b>Circulatório</b>	<b>30 (15,08%)</b>
Hipertensão essencial	29 (96,67%)
Hipotensão ortostática	1 (3,33%)
<b>Total</b>	<b>30 (100%)</b>
<b>Respiratório</b>	<b>17 (8,54%)</b>
Asma	5 (29,41%)
Infecção aguda das vias aéreas superiores	5 (29,41%)
Rinite alérgica	5 (29,41%)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	1 (5,88%)
Tosse	1 (5,88%)
<b>Total</b>	<b>17 (100%)</b>
<b>Neurológico</b>	<b>7 (3,52%)</b>
Cefaleia	5 (71,43%)
Epilepsia	1 (14,29%)
Tremor essencial	1 (14,29%)
<b>Total</b>	<b>7 (100%)</b>
<b>Pele</b>	<b>5 (2,51%)</b>
Micoses superficiais	4 (80%)
Tumefação, massa ou tumoração localizadas da pele e do tecido subcutâneo	1 (20%)
<b>Total</b>	<b>5 (100%)</b>
<b>Musculoesquelético</b>	<b>4 (2,01%)</b>
Dorsalgia	3 (75%)
Síndrome do manguito rotador	1 (25%)
<b>Total</b>	<b>4 (100%)</b>
<b>Psicológico</b>	<b>3 (1,51%)</b>
Transtornos do sono	2 (66,67%)
Tabagismo	1 (33,33%)
<b>Total</b>	<b>3 (100%)</b>
<b>Outros</b>	<b>4 (2,01%)</b>
<b>Sem Informação</b>	<b>1 (0,5%)</b>
Total dos participantes	<b>200 (100%)</b>

CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária.



**Tabela 4.** Associação entre o número de diagnósticos, prescrições, tabagismo, sedentarismo, faixa etária e o tempo de cárcere entre as pessoas privadas de liberdade atendidas na Unidade Prisional de Serra Azul, Brasil, 2021.

Número de diagnósticos	Prescrições		Total	Valor-p*
	Sim	Não		
Até 2	66 (44,3%)	83 (55,7%)	149 (100%)	
3	26 (76,5%)	8 (23,5%)	34 (100%)	<0,01
4 ou +	13 (81,3%)	3 (18,7%)	16 (100%)	

  

Número de diagnósticos	Tempo de cárcere (meses)			Valor-p**
	n	Média	Desvio Padrão	
Até 2	150	66,9	45,56	
3	33	75,6	64,92	0,19
4 ou +	16	93,4	63,78	

  

Número de diagnósticos	Faixa etária (anos)				Valor-p*
	21–29	30–39	40–49	50 ou mais	
Até 2	38 (88,4%)	76 (79,2%)	32 (64%)	4 (36,4%)	
3	4 (9,3%)	18 (18,7%)	9 (18%)	3 (27,2%)	
4 ou +	1 (2,3%)	2 (2,1%)	9 (18%)	4 (36,4%)	<0,01
Total	43 (100%)	96 (100%)	50 (100%)	11 (100%)	

  

Avaliação da saúde	Número de Diagnósticos			Total	Valor-p*
	Até 2	3	4 ou +		
Boa/Muito boa	101 (77,7%)	23 (17,7%)	6 (4,6%)	130 (100%)	
Regular	42 (70%)	9 (15%)	9 (15%)	60 (100%)	0,19
Ruim/Muito ruim	7 (70%)	2 (20%)	1 (10%)	10 (100%)	

  

Atividade física	Fumo na prisão		Total	RP (IC95%)	Valor-p*
	Não	Sim			
Não	62 (44%)	79 (53%)	141 (100%)	1,65 (1,12–2,43)	
Sim	39 (66%)	20 (34%)	59 (100%)	1	<0,01

  

Fumo na prisão	Diagnóstico Respiratório		Total	RP (IC95%)	Valor-p*
	Não	Sim			
Não	89 (89%)	11 (11%)	100 (100%)	0,52 (0,26–1,02)	
Sim	78 (79%)	21 (21%)	99 (100%)	1	0,05

**Tabela 5.** Distribuição do tipo de orientação realizada durante os atendimentos das pessoas privadas de liberdade da Unidade Prisional de Serra Azul, Brasil, 2021.

Tipo de orientação	Principal	Secundária	Terciária	Quaternária	Total de orientações
Alimentar	98 (59,7%)	21 (18,4%)	6 (10,9%)	-	125 (36,3%)
Atividade física	23 (14,0%)	68 (59,7%)	9 (16,4%)	-	100 (29,1%)
Perda de peso	5 (3,1%)	5 (4,4%)	10 (18,2%)	1 (9,1%)	21 (6,1%)
Sobre doença/resultados exames	5 (3,1%)	-	2 (3,6%)	1 (9,1%)	8 (2,4%)
Gerais	33 (20,1%)	20 (17,5%)	28 (50,9%)	9 (81,8%)	90 (26,1%)
Total	164 (100%)	114 (100%)	55 (100%)	11(100%)	344 (100%)



Neste estudo, o cigarro de palha foi o mais citado, provavelmente pela facilidade de acesso, pois sua produção é uma das opções de trabalho nesta UP. Este tipo de fumo é bastante difundido no Brasil, apesar de ser considerado mais tóxico e provocar grandes danos à saúde pelo maior teor de alcatrão e nicotina.<sup>25</sup>

Embora o tabagismo seja um grave problema de saúde pública e esteja relacionado a elevadas prevalências de doenças cardiovasculares e respiratórias,<sup>25</sup> sua prática no cárcere pode ser apontada como forma de apoio, autoafirmação, alívio da tensão, fonte de prazer e companhia, apesar do valor monetário que representa nesse cenário.<sup>11,25</sup> Nesta perspectiva, iniciativas internacionais têm sido incentivadas para a cessação do tabagismo no cárcere, reforçando a diminuição do estresse e do tédio com a prática de atividade física.<sup>11</sup>

Ademais, nesta UP, observou-se associação entre o sedentarismo e o tabagismo. A inatividade física também aparece como realidade entre as PPL e, embora haja disponibilidade de tempo, a atividade física ainda não é comum nas UP brasileiras. A superlotação nos pátios da UP e a falta de espaços adequados podem ser limitantes para a prática de exercício físico, e a participação em alguma atividade laboral na UP pode ser um impeditivo para essa prática, pois o banho de sol normalmente coincide com o horário estabelecido para o trabalho.

Segundo as recomendações das Nações Unidas, o preso deveria ter, pelo menos, uma hora por dia para realizar exercícios ao ar livre.<sup>3,26</sup> Estudo realizado na Austrália mostrou que 40% dos egressos do sistema penitenciário referiram aumento de sua prática de exercício físico durante o encarceramento.<sup>27</sup>

Quase 70% avaliaram sua saúde como boa e muito boa, e tais dados divergem da opinião de presos de uma província do Canadá, que declaram saúde ruim (35%) ou regular (37%) ainda que tenham média menor de idade.<sup>28</sup> Essa perspectiva pode estar relacionada à assistência à saúde como um favor ou um benefício e não como um direito, uma vez que o acesso aos serviços de saúde no cárcere nem sempre é controlado pelas necessidades de saúde das PPL, mas por relações de poder e hierarquia de agentes penitenciários e pelos próprios presos. Ela torna o acesso, garantido por lei, uma benevolência, influenciando a assistência à saúde das PPL na realidade nacional.<sup>29</sup> A autoavaliação da saúde entre as PPL australianas também foi pior entre os mais velhos.<sup>27</sup>

Observou-se maior número de diagnósticos entre aqueles com maior idade, dado consoante com um levantamento realizado nas penitenciárias americanas, em que 61% daqueles com 45 anos ou mais apresentavam ao menos algum problema de saúde.<sup>30</sup> Apesar de estudos demonstrarem que a longa permanência está associada a maior probabilidade de desenvolvimento de problemas de saúde,<sup>22</sup> não foi encontrada correlação entre os anos de encarceramento e o número de diagnósticos ou autoavaliação da saúde.

A eutrofia foi o diagnóstico mais registrado, dados semelhantes aos encontrados nos Estados Unidos,<sup>30</sup> onde 63% das PPL não reportaram nenhum problema de saúde. No grupo endócrino/metabólico e nutricional, obesidade (46,99%), dislipidemia (43,37%) e diabetes *mellitus* (9,64%) foram os mais frequentes. A dislipidemia foi também o mais encontrado em estudo espanhol.<sup>23</sup> Em congruência com Minayo, a HA (23,9%) também foi bastante observada (29%) entre homens e mulheres privados de liberdade no Rio de Janeiro e Bélgica.<sup>12,22</sup>

Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e rinite alérgica foram as doenças que mais apareceram no grupo respiratório, demonstrando a influência do tabagismo associado ao ambiente hostil, propício para o desenvolvimento e agravamento de tais doenças. A asma foi relatada por 10% das PPL na Bélgica e Estados Unidos, e os sintomas respiratórios estavam presentes entre os principais problemas de saúde em UP da Suíça.<sup>22,30</sup> Os transtornos psicológicos apareceram de maneira tímida, com sintomas inespecíficos de insônia, causa comum nas UP de prescrição de benzodiazepínicos.

Destaca-se que não foi encontrado nenhum registro de tuberculose pulmonar, hepatites virais ou infecção pelo HIV nos atendimentos, ainda que a equipe de saúde da UP tivesse ciência da presença de 24 PPL com tuberculose pulmonar, 22 portadores de HIV e nove casos de hepatites virais.<sup>16</sup> A ausência desses registros pode representar que os sorteados não possuíam essas patologias ou não as consideravam como problemas de saúde. Destaca-se que existe uma RAS regional para tais doenças, com treinamento, protocolos e fluxos predeterminados pelo estado, dada a elevada prevalência desses transtornos entre as PPL.<sup>31</sup>

As prescrições foram variadas e seguiram o perfil das doenças e problemas de saúde diagnosticados com fármacos disponíveis na UP, não sendo um óbice para o tratamento dos privados de liberdade. Contudo, a falta de medicamentos é frequente nas UP do estado de São Paulo, onde 60% não dispunham de todos os medicamentos necessários.<sup>9</sup>

A alimentação é alvo de críticas e reclamações pela maioria das PPL brasileiras, que se queixam da baixa qualidade, pouca quantidade e variedade, principalmente nas UP onde a provisão da alimentação é terceirizada.<sup>32</sup> Na UP estudada, as refeições eram produzidas e distribuídas pelos próprios presos, diminuindo a chance de intoxicação alimentar no transporte das refeições, além de possibilitar trabalho para os apenados. As refeições distribuídas eram iguais para todos, salvo aqueles com dietas especiais. Além disso, as PPL podem comprar determinados alimentos, segundo as normativas da SAP, ou recebê-los nas visitas dos familiares. Entretanto, esta é a realidade para a minoria dos presos, pois as desigualdades sociais também se revelam no cárcere. Nesse sentido, as orientações alimentares consideraram as limitações deste complexo contexto.

Identificou-se a dificuldade na ingestão de água, pois os presos referiram a ausência de filtração e o temor pela contaminação, apesar dos registros de fiscalização apresentados pelos diretores da UP. O desabastecimento de água é fato comum nas UP, agravando a situação de higiene, limpeza e consumo.<sup>12</sup>

Uma das orientações mais realizadas foi o incentivo para a prática de atividade física adequada à realidade do cárcere, principalmente caminhada nas quadras durante o banho de sol, como forma de tratar e prevenir doenças crônicas não transmissíveis, diminuir o ganho de peso e promover bem-estar físico e mental. Apesar de o tabagismo estar presente em metade dos participantes, não houve registro expressivo orientando a cessação deste hábito.

Quanto à resolutividade, observou-se a solicitação de procedimentos e exames laboratoriais exequíveis neste ponto da RAS, encaminhando apenas 5% dos presos. Percebe-se que consultas clínicas são passíveis de acontecer no ambiente prisional, com bom seguimento e resolução. Ainda que a PNAISP reitere a atenção à saúde como direito, estudos demonstram que a falta de profissionais, medicamentos e materiais para procedimentos e exames dificulta a sua execução.<sup>4,33</sup>

Para 40% dos participantes atendidos este foi o primeiro contato com o serviço de saúde da UP. A assistência à saúde das PPL é responsabilidade do Estado e deve ser ofertada nos mesmos moldes que para a população geral. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde reconhece a saúde prisional como um problema de saúde pública e admite que as PPL retornarão para a sociedade portadoras de doenças graves e resistentes, gerando sofrimento para a comunidade e ônus para o Estado.<sup>11,34</sup>

É preciso oferecer atenção integral e promover a continuidade do cuidado, mesmo com as transferências entre regimes e UP. O modelo assistencial oferecido nas prisões brasileiras segue o modelo curativista, com ações pontuais, centradas na doença, priorizando enfermidades agudas e infecciosas, típicas de uma população jovem. Entretanto, com o envelhecimento das PPL, o tratamento para doenças crônicas transmissíveis e a manutenção de uma política de encarceramento em massa apontam para a justaposição de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, necessitando de um modelo de atenção para doenças crônicas que tenha na longitudinalidade do cuidado seu eixo central de organização.

Este estudo caracterizou o perfil de morbidade de pessoas atendidas em uma UP que não possuía médico na ocasião do estudo e que conta com o trabalho voluntário e parcerias interinstitucionais. Este perfil não pode ser extrapolado para outros grupos de apenados (condenados por crimes sexuais, menores de 18 anos ou mulheres), mas ratifica que o atendimento clínico, consoante à PNAISP e realizado por médicos de família, é exequível e resolutivo, reduzindo o número de atendimentos extramuros, diminuindo os custos e aumentando a segurança de trabalhadores e privados de liberdade.

## CONCLUSÃO

O estudo encontrou um público de maioria parda ou preta, solteira, com baixa escolaridade, tabagista, sedentária e encarcerada em uma unidade superlotada. Cerca de metade estava assintomática no momento da consulta e os principais diagnósticos foram relacionados à obesidade, dislipidemia e HA. A maioria dos atendimentos ofereceu orientação sobre a alimentação e a prática de exercício. Metade dos atendidos recebeu alguma prescrição, apenas 5% foram encaminhados para outros serviços de saúde, demonstrando a potência da medicina de família para uma atenção integral e resolutiva.

O direito à saúde das PPL está aquém das prerrogativas nacionais e internacionais. O acesso aos serviços de saúde pelas PPL é tão ou mais intransponível que o muro que as cerca. O encarceramento em massa de populações marginalizadas reflete-se em um perfil de pessoas com dificuldades de acesso à saúde e educação que precede o cárcere. Ainda que seja obrigação do Estado o cuidado à saúde, as PPL padecem de doenças negligenciadas justapostas a doenças crônicas não transmissíveis em elevação. É necessário garantir a assistência à saúde universal, integral e equânime com vistas a dirimir as iniquidades em saúde (re)produzidas no cárcere.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos trabalhadores e diretores das UP, estudantes e residentes que auxiliaram na execução do projeto e às pessoas privadas de liberdade que participaram da pesquisa.

## CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ACCV: Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Visualização Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. RMS: Conceituação, Curadoria de Dados, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização, Revisão e Edição. LCR: Conceituação, Validação, Revisão e Edição, Validação. JBBF Conceituação, validação, Revisão e Edição. LLS: Conceituação, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Validação, Redação, Escrita, Revisão e Edição.

## REFERÊNCIAS

1. Valim EMA, Daibem AML, Hossne WS. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Rev Bioét* 2018;26(2):282-90. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262249>
2. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*. Seção I, 13 de julho de 1984, p. 10227.
3. Brasil. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.

4. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2013;66:158-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
6. Silva M. Saúde penitenciária no Brasil: plano e política. Brasília: Verbena Editora; 2015.
7. Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV, Pedraza DF, Costa GMC. Atenção básica à saúde aos apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2014;18(4):586-92. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140083>
8. Soares-Filho MM, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciênc Saúde Colet* 2016;21(7):1999-2010. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>
9. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Pazin-Filho A. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev Saúde Pública* 2014;48(2):275-83. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004934>
10. Bitencourt CR. Falência da pena de prisão: causas e alternativas. 3ed. São Paulo: Saraiva; 2004.
11. World Health Organization. Prisons and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
12. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2016;21(7):2031-40. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>
13. Alves JP, Brazil JM, Nery AA, Vilela ABA, Martins-Filho IE. Perfil epidemiológico de pessoas privadas de liberdade. *Rev Enferm UFPE* 2017;11(Supl.10):4036-44.
14. Cordeiro EL, Silva TM, Silva LSR, Pereira CEA, Patricio FB, Silva CM. Perfil epidemiológico dos detentos: patologias notificáveis. *Av Enferm* 2018;36(2):170-8. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.68705>
15. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, eds. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2003. p.149-77.
16. Serra RM. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e perfil sociodemográfico das pessoas privadas de liberdade na Penitenciária I de Serra Azul, Brasil [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2020.
17. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners. Classificação internacional de atenção primária (CIAP 2). 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.
18. Universidade Federal do Ceará. Guia farmacoterapêutico da MEAC 2017-2018. 2. ed. Fortaleza: Ministério da Educação; 2016.
19. Montgomery DC. Design and Analysis of Experiments. 5. ed. Nova Iorque: John Wiley & Sons; 2000.
20. Cary NC. The SAS system for Windows. Release 9.4. SAS Institute Inc. 2013.
21. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2020 [acessado em 18 out. 2022]. Disponível em: <https://www.R-project.org/>.
22. Wolff H, Sebo P, Haller DM, Eytan A, Niveau G, Bertrand D, et al. Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health* 2011;11:245. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-245>
23. Barros AJK, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Martínez-Mesa J, Menezes AMB. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Ciênc Saúde Colet* 2011;16(9):3707-16. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000008>
24. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Rev Esp Sanid Penit* 2014;16(2):38-47. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10072022>
25. Muakad, IB. Tabagismo: maior causa evitável de morte do mundo. *Rev Fac Direito Univ São Paulo* 2014;109:527-58. <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/89244>
26. Conselho Nacional de Justiça. Regras de Mandela: regras mínimas das nações unidas para o tratamento de presos. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2016.
27. Australian Institute of Health and Welfare. The health of Australia's prisoners [Internet]. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2018 [acessado em 18 out. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.25816/5ec5c381ed17a>
28. Green S, Foran J, Kouyoumdjian FG. Access to primary care in adults in a provincial correctional facility on Ontario. *BMC Res Notes* 2016;9(131). <https://doi.org/10.1186/s13104-016-1935-4>
29. Sanchez A, Leal MC, Larouzé B. Realidade e desafios da saúde nas prisões. *Ciênc Saúde Colet* 2016;21(7):1996. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08682016>
30. Maruschak LM. Medical problems of jail inmates [Internet]. Bureau of Justice Statistics. Special Reports. 2006 [acessado em 18 out 2022]. Disponível em: <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/mpji.pdf>
31. Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2015;31(3):543-54. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042914>
32. Minayo MCS, Constantino P, organizadoras. *Deserdados Sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
33. Dourado JLG, Alves RSF. Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde [Internet]. *Bol Acad Paul. Psicol* 2019;39(96):47-57 [acessado em 18 out. 2022]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2019000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000100006&lng=pt&nrm=iso)
34. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet* 2011;377(9796):956-65. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)