

# A SAÚDE DOS DETENTOS SOB A RESPONSABILIDADE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REALIDADE E POSSIBILIDADES

**Detainee health under the responsibility of Family Health Teams: reality and possibilities**

Gabriela Maria Cavalcanti Costa<sup>1</sup>, Swyanne Macêdo Gois<sup>2</sup>, Gersiane da Silva Lacerda<sup>3</sup>,  
Djane de Sousa Rodrigues<sup>4</sup>, Suely Matos Celino<sup>5</sup>, Lannuzya Veríssimo de Oliveira<sup>6</sup>

## RESUMO

Objetivou-se descrever as ações de saúde realizadas para os presidiários e compreender a organização, planejamento e execução desses serviços pelas equipes de saúde da família. Realizou-se estudo qualitativo a partir de entrevistas realizadas com profissionais dessas equipes, em nove municípios sede das gerências regionais de saúde da Paraíba, que tem em seu território de abrangência unidades prisionais. Da análise dos dados, emergiram as categorias: ações de atenção à saúde; planejamento, programação e avaliação; necessidades percebidas; habilidades e competências; e desarticulação dos serviços na atenção à saúde. As ações desenvolvidas, embora desarticuladas, diziam respeito a atividades educativas e assistenciais, mediante necessidades clínicas e campanhas de vacina. Perceberam-se dificuldades metodológicas e operacionais para implantação efetiva de atividades das unidades de saúde nas instituições prisionais. A garantia do direito à saúde, além de ser uma responsabilidade do Estado, representa uma missão e um desafio para todos que acreditam numa sociedade sem excluídos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Família; Prisioneiros; Prisões.

## ABSTRACT

It is a known fact that the problems arising from confinement conditions have not been the object of full and effective health action in many a Brazilian's reality. Accordingly, the aim was to describe the health actions taken for prisoners and understand the organization, planning, and execution of these services, whether in the family health unit or in prisons in the Paraíba state. Thus, this was a qualitative study, using observations and interviews with professionals in family health groups of nine host cities of regional health management in the state of Paraíba, which have prison units in their coverage areas. The categories identified from the analysis carried out were: health care actions; planning, programming, and assessment; perceived needs; abilities and skills; and lack of health care services. It was possible to understand that the actions undertaken, although disjoint, were educational and care activities, via clinical needs and vaccination campaigns. However, regarding organization, planning, and execution of services, whether in family health units or in the prison units, we find methodological and operational difficulties for effective deployment, in the schedule of activities of the health units. The guarantee of the right to health, besides being a state responsibility, is a mission and a challenge for all who believe in a society without exclusion.

**KEYWORDS:** Family Health; Prisoners; Prisons.

<sup>1</sup> Gabriela Maria Cavalcanti Costa, doutora em Enfermagem/ EEUSP. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Pública-UEPB. E-mail: gabymcc@bol.com.br

<sup>2</sup> Swyanne Macêdo Gois, enfermeira pela Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Saúde da Família (Faculdades Integradas de Patos)

<sup>3</sup> Gersiane da Silva Lacerda, enfermeira pela Universidade Estadual da Paraíba

<sup>4</sup> Djane de Sousa Rodrigues, enfermeira pela Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Saúde Pública - FATEC

<sup>5</sup> Suely Matos Celino, enfermeira. Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba

<sup>6</sup> Lannuzya Veríssimo de Oliveira, enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba

## INTRODUÇÃO

A assistência à saúde universal e igualitária é garantida constitucionalmente a todo cidadão brasileiro. No caso da população carcerária, esse direito é enfatizado pela Lei de Execução Penal 7.210, de 11 de julho de 1984.<sup>1</sup> No caso do estabelecimento penal não estar aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta deverá ser prestada em outro local como prevê o § 2º, do artigo 14.<sup>2</sup>

Sobre a assistência à saúde prestada em situações de confinamento são necessárias ações para a promoção da saúde, a manutenção de condições saudáveis, cuidados com alimentação e realização de atividades físicas, além da organização de um sistema de informação com dados sobre a saúde da população carcerária.<sup>3</sup>

Apesar dos altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas e outros agravos prevalentes observados nas unidades prisionais brasileiras, a questão da atenção à saúde dessa população tem sido feita, historicamente, sob ótica reducionista, já que as ações desenvolvidas limitam-se àquelas voltadas para DST/AIDS, redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e imunizações.<sup>2</sup>

Em reconhecimento a essa lacuna, em setembro de 2003, por meio da Portaria Interministerial no 1.777, do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde<sup>4</sup>, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que objetiva, prioritariamente, organizar a atenção básica de saúde, de caráter preventivo ou curativo, seja por meio de atendimento médico ou de ações educativas, em suas unidades prisionais, garantindo atendimento da população penitenciária nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para todas as pessoas, homens e mulheres que se encontram recolhidos em presídios, penitenciárias, colônias penais agrícolas ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.<sup>4</sup>

Considerando os objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF) de prestar assistência integral e contínua às necessidades de saúde de toda a população adscrita em sua área de abrangência<sup>5</sup>, a ESF configura-se como instrumento valioso para a efetivação do PNPSSP, na medida em que a equipe de saúde da família é capaz de identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade; de elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; e de desenvolver ações educativas e intersectoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados.<sup>6</sup>

Nesse sentido, é que se questiona: como as equipes de saúde da família que têm unidades prisionais em sua área de abrangência planejam, executam e avaliam suas ações?

Consoante ao PNSSP, o presente estudo objetivou descrever as ações de saúde realizadas para os presidiários e compreender a organização, planejamento e execução desses serviços, em Unidades de Saúde da Família, no Estado da Paraíba segundo o olhar dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família.

## MATERIAIS E MÉTODO

Estudo descritivo de natureza qualitativa, realizado durante os meses de agosto/2010 a julho/2011, em nove Unidades de Saúde da Família que tinham em seu território de abrangência, unidades prisionais, dos municípios sedes das Gerências Regionais de Saúde (GRS) do estado da Paraíba, a saber: 2ª GRS – Guarabira; 4ª GRS – Cuité; 5ª GRS – Monteiro; 6ª GRS – Patos; 7ª GRS – Piancó; 9ª GRS – Cajazeiras; 10ª GRS – Sousa; 11ª GRS – Princesa Isabel e a 12ª Gerência Regional de Saúde sediada em Itabaiana.

A amostra foi constituída por 31 profissionais das equipes de saúde da família em questão, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada para encontros, os quais foram previamente agendados, de comum conveniência, tanto para pesquisadores, como para os sujeitos.

A análise dos dados utilizou a proposta de Bardin<sup>7</sup>, denominada Análise de Conteúdo, realizando-se a pré-exploração, a seleção de unidades de análise e, por fim, o processo de categorização e subcategorização.

Cumpriram-se as exigências preceituadas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 196/96. O estudo foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Sua execução se deu somente após a aprovação pelo referido comitê conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE 0060.0.133.000-08. Para garantir o anonimato, a privacidade e o sigilo da identidade dos participantes, registrou-se, no verso do formulário, a inicial da profissão e o número sequencial de realização das entrevistas, em cada categoria profissional, resguardando a identidade dos sujeitos.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO

Do total de participantes, 57% são do sexo feminino e 43% do sexo masculino. A categoria profissional foi majoritariamente composta por enfermeiros (E) e técnicos de enfermagem (TE) com percentual de 23,8%, cada categoria, seguido de agentes comunitários de saúde (ACS) (19,04%); odontólogos (O) (14,28%), médicos

(M) (14,28%) e auxiliar de consultório dentário (ACD) (4,76%). Em relação ao tempo de exercício profissional, 76,18% atuam na USF há mais de um ano e 23,8% atuam há menos de um ano.

Visando retratar as ações de saúde realizadas para os presidiários e a organização, planejamento e execução desses serviços na Unidade de Saúde da Família, após organizada a análise, as seguintes categorias emergiram: Ações de Atenção à Saúde; Planejamento, Programação e Avaliação; Necessidades Percebidas; Habilidades e Competências; e (Des)Articulação dos Serviços na Atenção à Saúde sobre as quais, discorre-se a seguir.

### Ações de atenção à saúde

Segundo recomendações do Ministério da Saúde<sup>8</sup>, é responsabilidade das equipes de saúde da família prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária. Nesse sentido, questionou-se sobre quais as ações de atenção à saúde eram desenvolvidas no presídio de sua área de abrangência ou na unidade de saúde, para atender a esse grupo populacional.

Constatou-se, em algumas falas, a iniciativa de ações que buscam garantir o cumprimento dessa responsabilidade, embora realizada de forma desarticulada pelos profissionais:

*"Quando tem campanha, ou alguém dos programas hipertensão, tuberculose, hanseníase ou necessitando de vacina, nós vamos lá." (ACS3)*

*"Nós temos planejamento familiar, atendimento a hipertensos, diabéticos, mas questões educacionais, essas coisas, não foram realizadas nada. Nunca." (E7)*

Pode-se perceber que alguns profissionais relatam esta prática como sendo ações rotineiras do processo de trabalho, enquanto outros, da mesma unidade de saúde, ora não mencionam qualquer atividade realizada, ora negam veementemente, o desenvolvimento de qualquer atividade, seja na promoção da qualidade de vida, seja de intervenção clínica, por parte de membros da equipe.

*"A gente não faz nenhuma atividade no presídio, nenhuma mesmo, a gente de odontologia não chega a fazer não, e acredito que o restante da equipe também chegue a fazer o mesmo, ou seja, nada." (O9)*

*"Na verdade, no máximo, fazemos visita. Só visitamos*

*quando estamos em alguma campanha. Mas mensalmente... não fazemos." (ACS3)*

Atividades de promoção de saúde, medidas de proteção específica, como vacinação, medidas de prevenção para tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão arterial, hepatites, DST/AIDS e agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como atendimento à saúde bucal, atenção ao pré-natal e ao parto são algumas ações que deveriam ser desenvolvidas pelas equipes de saúde da família que atuam na área de localização dos presídios, porém percebe-se, segundo a fala desses sujeitos, que tais atividades não são plenamente realizadas.

Foi também solicitado aos profissionais que classificassem o grau de importância e a facilidade/dificuldade para realização das ações nos presídios. Os profissionais atuantes consideraram como importantes todas as ações realizadas ou a serem realizadas com os detentos, conforme demonstram as seguintes falas:

*"Na verdade, todas! Tanto a parte de imunização, como a parte de consultas, prevenção e a parte da odontologia, pra evitar as cáries e as extrações dos dentes dos presos." (TE8)*

Todavia é necessário que se destaque o seguinte fato: no momento destinado para descrever as ações realizadas, esses mesmos profissionais ou estavam entre aqueles que negam, ou reconhecem que não executam qualquer atividade.

De acordo com o texto constitucional, complementado pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e a prevenção de doenças.<sup>9</sup> A seguir são relatadas as ações realizadas por estas equipes realizadas:

*"Esse ano foi só vacina e o médico fez algumas consultas para atender a parte curativa mesmo. E, daquilo que mais ocorre por lá: TB, HA, DLA, DST... É o que eles precisam e importa." (E3)*

Percebe-se a valorização de ações curativas em detrimento das de prevenção e promoção à saúde nas unidades de saúde da família. Todavia a realização de ações de educação em saúde foi mencionada por uma profissional, como se pode constatar:

*"De fundamental importância, para mim, hoje, são as palestras. É o nível de informações dos detentos, as ações educativas que vão garantir mudança de comportamento e*

*promoção da saúde deles e da família." (E4)*

As ações de educação em saúde devem ser uma prática incorporada nos serviços de atenção primária, enfrentando, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos.<sup>5</sup>

Os profissionais de saúde relataram facilidade para desenvolver atividades com os apenados, no entanto, observaram limitações que dificultam a execução, relacionadas à estrutura física, quer seja dos presídios e/ou das unidades de saúde, e às condições de trabalho. Parece contraditório relatar facilidade quando em momento anterior declararam não realizar atividades.

### Planejamento, programação e avaliação

O planejamento precede a ação, sendo de fundamental importância no setor saúde, visto que “permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.”<sup>10</sup>

O atendimento aos detentos, embora seja esporadicamente realizado, ocorre sem que haja uma programação, sem que seja feita uma análise das reais necessidades desse público, como revela os depoimentos que seguem:

*"Não tem programação de atividade nenhuma para o presídio! No máximo, consulta clínica e entrega de remédios... mas não PE planejado. Pelo menos por nós, não." (M2)*

*"Realizamos alguma coisa, mas numa situação bem extrema. Não planejamos ações que diminuam os riscos que eles correm em relação ao resto do povo." (E3)*

O fato de não identificarem o presídio como sendo responsabilidade da unidade de saúde da família pode ser a razão para a falta de planejamento de ações a serem desenvolvidas nessa realidade:

*"Não tenho nem contato com esse 'povo'. Não é família, então não faz parte da Unidade de Saúde da Família, entendeu! Vamos para lá a mando da secretaria..." (TE7)*

Na sequência, procurou-se compreender como as equipes organizam suas atividades para a população presidiária no cronograma da unidade de saúde da família. As narrativas revelam que não há uma previsão de tais atividades:

*"...não tem previsão no cronograma não..." (M5)*

*"...não tem agendado no cronograma, mas quando os presidiários precisam às vezes são atendidos aqui. Aí, quando eles vêm, ninguém mais quer ser atendido, sabe? Ficam com medo, todos: a gente e a população, porque tem medo de alguém querer matar, querer soltar. É difícil." (TE1)*

É evidente a necessidade dos profissionais repensarem a importância da elaboração do cronograma de atividades, pois este constitui peça chave para o acompanhamento das ações desenvolvidas e permite vislumbrar áreas problemáticas com antecedência, além de possibilitar a tomada de atitudes para resolver tais dificuldades.

Seguindo o levantamento de dados e objetivando compreender o processo de acompanhamento e avaliação das ações de saúde voltadas para a população carcerária, questionaram-se os profissionais quanto à forma como eles realizam o monitoramento/avaliação das ações, quando desenvolvidas, mesmo que sejam esporádicas e sem planejamento.

*"Eu procuro fazer com que os presidiários tenham um retorno, mas nem sempre isso é possível, porque são muitos. Quando consigo retorno é apenas para saber se está bem ou se será necessário novo procedimento, encaminhamento." (O8)*

*"a única avaliação que se faz é se este povo deixou de morrer e adoecer. Aí a gente sabe se o que o serviço de saúde fez surtiu efeito. Mas isso é a longo prazo." (M1)*

A avaliação é a continuidade do processo de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade.<sup>11</sup> Em saúde, pode ser definida como “um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços”.<sup>12</sup>

As equipes de saúde da família encontram grande dificuldade no que se refere à avaliação e monitoramento das suas ações. Apesar de despenderem grande parte de seu tempo produzindo dados e alimentando sistemas de informação, a avaliação ainda não foi incorporada como atividade sistemática e cotidiana, talvez devido ao entendimento dessa ação como algo que deve acontecer após a definição das intervenções, para ver os resultados<sup>13</sup> ou ainda devido à sobrecarga de trabalho ocasionada pela grande demanda de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde que, por sua vez, diminuem a disponibilidade de tempo dos profissionais para execução do monitoramento das ações.<sup>14</sup>

## Necessidades percebidas

A temática das necessidades de saúde e sua relação com os serviços de saúde é bastante complexa e amplamente discutida em diversos estudos. Nesse sentido, o sistema de saúde deverá organizar suas práticas a fim de responder a essa problemática, de forma que esteja coerente com os perfis epidemiológicos de uma determinada população.<sup>15</sup> Os entrevistados foram também questionados acerca das demandas identificadas para realização das atividades, nas unidades de saúde ou nas unidades prisionais, considerando a estrutura física, recursos humanos, materiais e equipamentos.

Em estudos sobre a estrutura física dos cárceres brasileiros, Diuana et al<sup>16</sup> apontam para a existência de “condições precárias de higiene, celas mal ventiladas e superpopulosas” o que converge para assertiva de Caixeta<sup>17</sup> de que o sistema prisional brasileiro é reconhecidamente deficiente no que concerne às condições de higiene, saúde, disciplina e variedade cultural - situação que contribui para o agravamento da condição de saúde dessa população. As falas relacionadas com a estrutura física corroboram as reflexões supracitadas, dentre as quais destacamos:

*"quando eu entrei lá era horrível, um lugar escuro, que fede, pequeno para tanta gente. Lá também é sempre lotado, tem preso demais ou lugar de menos!"(ACS1)*

A estrutura física foi referida como sendo fator impeditivo para realização das ações de saúde, quaisquer que sejam elas, como afirma o profissional:

*"A estrutura física de lá não oferece espaço adequado para fazer nada. O espaço é pequeno. Quando fazemos algo, fazemos dentro da sala do diretor, mesmo sem que esta seja uma sala específica e não comporte quase ninguém." (ACS9)*

Assim, percebe-se a necessidade de um local específico e apropriado, ou na unidade de saúde ou nas unidades prisionais, onde os profissionais de saúde possam desenvolver suas atividades com maior segurança, proporcionando uma assistência mais qualificada para população carcerária.

Faz-se necessário que o pessoal envolvido na realização de atividades no contexto das unidades prisionais tenha maior sensibilidade para as demandas específicas trazidas pelos sujeitos apenados.<sup>18</sup> Nesse contexto, a atual situação do sistema prisional brasileiro tem sido alvo de discussões no tocante à carência de recursos humanos, carência esta que acaba por produzir uma grande tensão entre o pessoal de segurança e a população carcerária.<sup>19</sup>

Isto está bem expresso no seguinte relato:

*"[...] os profissionais que trabalham lá precisam de atenção diferenciada, de formação para isso. Trabalhar em um presídio não é igual a trabalhar em outro local... acho que a única coisa que aprendem naquele ambiente é a serem mais e mais agressivos." (O9)*

A análise de todas as falas permite a afirmação de que os insumos (medicamentos, vacinas etc) para realização de atividades e/ou equipamentos utilizados são provenientes da unidade de atenção básica na qual estes estão adscritos.

*"Tudo é da unidade, medicamentos, vacinas, materiais..." (E1)*

*"Não existe nenhum serviço de saúde lá, nenhuma sala de enfermagem, nem nada, os medicamentos são daqui; lá tem em média uns duzentos apenados e não tem nada lá." (O1)*

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário estabelece, como uma das prioridades para o alcance da atenção integral à saúde da população prisional, a reforma e a equipagem das unidades prisionais visando a estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico.<sup>2</sup>

Assim, o que se espera é consolidação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário a fim de atender a necessidade, já diagnosticada, de saúde percebida, da população carcerária como forma de garantir os direitos humanos mais elementares, melhorar a qualidade da assistência prestada e, por fim, “desafogar” as unidades de saúde da família.

## Habilidades e competências

O Guia Prático do Programa de Saúde da Família<sup>20</sup> documentou, entre as atribuições das equipes básicas de saúde, que essas instituições devem prestar total assistência a toda população de seu território de abrangência, considerando as peculiaridades de cada microárea e, quando necessário, das áreas adjacentes. Devem também atuar de forma contínua na educação em saúde, incentivando, diretamente, atividades relacionadas com o aperfeiçoamento profissional e com atenção acerca dos problemas mais comuns da sua comunidade.

Percebe-se, em relação à atenção prestada aos apenados, que a maioria dos profissionais não obteve nenhum tipo de capacitação para atuar nos presídios. Destarte, pode-se concluir que a aquisição dos conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessárias para o desenvolvimento das competências esperadas em cada área de atuação pro-

fissional, quando presentes, podem ter sido construídas através da experiência prática, sem qualquer teorização neste sentido.

*"A capacitação que nós temos é pra trabalhar com as famílias em si e não com os presídios." (TE8)*

No tocante às ações de educação, o Governo Federal lançou, através da Portaria nº 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente que visa contribuir para uma qualificação e, por que não dizer, uma transformação das práticas de saúde e, por conseguinte, do processo de trabalho. Recentemente, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ- que aponta a educação permanente como instrumento para melhoria das ações da Atenção Básica, reforçando a importância dessa estratégia na busca por ações de saúde mais resolutivas.<sup>21</sup>

Para Ceccim<sup>22</sup>, essa política prioriza a educação dos profissionais como uma ação finalística da política de saúde, e não como atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade de trabalho, inserindo o ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Esse processo de ensino-aprendizagem deve responder às demandas de cada setor em que se trabalha, sendo necessário que o sujeito seja resolutivo e criativo nas mais diversas situações que o serviço pode oferecer.<sup>23</sup>

Para que a mudança seja evidenciada nos serviços de saúde prestados à população brasileira, além de considerar relevantes as experiências pessoais dos profissionais, é necessário que ocorram transformações na formação superior e nas atividades de capacitação, com vistas a garantir o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias. Desta forma, os modos de ensinar e aprender devem ser reavaliados e/ou implementados numa perspectiva de início e continuidade de formação profissional, só assim pode-se modificar o cenário da saúde brasileira.<sup>12</sup> Percebe-se, nas passagens a seguir, a importância da capacitação para os profissionais:

*"Aqui não tive capacitação; mas, antes, quando atendia em um presídio em outro município, a gente tinha uma espécie de treinamento, o que era bom." (M3)*

*"Eu não tive capacitações para atender numa cadeia, às vezes eu me deparo com situações que eu não sei conduzir... me assusta...e o pior é que vou ter que voltar...é meu trabalho" (M2)*

A Educação Permanente abre espaços para cada pro-

fissional repensar sua forma de atenção à saúde, estimulando-o a desenvolver novas práticas e estratégias do cuidar, além de facilitar o trabalho individual e coletivo de acordo com cada especificidade encontrada na população que compete à sua unidade de saúde.<sup>24</sup>

Fica claro que as propostas são lançadas, os programas são previstos em leis, decretos, portarias, mas há de se considerar a necessidade de haver uma maior preocupação também quanto a suas execuções para que nenhuma das partes seja prejudicada.

## A (des)articulação dos serviços na atenção à saúde

Para uma melhor qualidade de vida das pessoas, a Promoção da Saúde deve caminhar enlaçada a um trabalho intersetorial, ou seja, deve haver um envolvimento prático com "a população, o governo, as instituições privadas, as universidades, etc".<sup>25</sup> Tais estratégias descentralizam o poder e promovem ações multidisciplinares.

Conforme essa afirmativa, para que o trabalho nas penitenciárias seja efetivado com qualidade, é necessário que haja, entre as equipes de saúde da família e a direção dos presídios, um trabalho intersetorial a fim de que se evidenciem as deficiências no campo e, assim, estratégias de promoção da saúde sejam desenvolvidas. Nesta pesquisa, foram identificados apenas três profissionais atuantes em municípios distintos que referiram ter bom relacionamento com a direção do presídio, como exemplificado no depoimento que se segue:

*"Nós temos um contato direto, não há dificuldade por parte deles. A gente sempre, quando tá no cronograma a visita, nós avisamos antes, pra eles se planejarem. Sempre estamos em contato." (E5)*

Vale ressaltar que os demais profissionais entrevistados queixaram-se da inexistência de um contato com fins favorecedores para a saúde dos apenados. Inclusive a fala de um membro da mesma equipe deses profissionais queixosos mostra que, embora as unidades não se encontrem em conflito, não há ação de saúde sendo realizada, justamente pela ausência da intersetorialidade em seu real significado, já que há um "bom relacionamento" entre as unidades:

*"A relação é boa, qualquer necessidade eles avisam. Só que às vezes a gente marca a visita, aí o diretor não avisa aos policiais lá. A gente chega lá, e eles não organizaram a salinba... não nos deixam entrar." (M5)*

O desenvolvimento de práticas interdisciplinares e in-

tersetoriais, fundamentais nos serviços de saúde, parece inexistir nessa realidade social. As instituições (unidade de saúde, unidade prisional e demais) não estão em sintonia:

*"Muito pouco contato. Tem muita coisa que engancha. Por exemplo: eu marco uma atividade com as detentas, então elas não vêm porque o pessoal da cadeia não disponibiliza carro ou o agente penitenciário não pode vir com elas. Tudo isso dificulta muito. A questão é administrativa. A escola não faz as ações de educação por lá..." (E6)*

Além dessa constatação, questões partidárias têm interferido no encaminhamento das políticas de saúde e, por conseguinte, no estabelecimento de serviços efetivos para esse grupo populacional. Bourguignon<sup>26</sup> afirma que, tradicionalmente, as políticas públicas básicas são setoriais e desarticuladas, respondendo a uma gestão com características centralizadoras, hierárquicas, deixando prevalecer práticas na área social que não geram a promoção humana. Tal fato, quando é configurado no setor da saúde, acarreta sérias consequências, pois os profissionais de saúde lidam com vidas que podem ser afetadas por simples questões de interesse local, burocracias ou formas políticas.

O bom relacionamento, aliado à execução de serviços a partir dos diversos setores que devem interagir no campo da saúde, traz benefícios tanto para a comunidade como para o próprio governo, no sentido em que prevenir doenças torna-se "mais barato" do que curá-las. Assim, como afirma Comerlatto<sup>27</sup>, a intersetorialidade incorre em mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de políticas públicas como em todos os outros setores da sociedade.

A desarticulação das ações de saúde elencadas em diversos estudos como fator que interfere negativamente nas atividades executadas pelos profissionais do Estratégia de Saúde da Família<sup>28</sup> certamente tem maior impacto para aqueles profissionais que devem prestar assistência a unidades prisionais, devido às peculiaridades da população carcerária.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o objetivo proposto, verificou-se que os profissionais das equipes de saúde da família que atendem em sua área de abrangência unidades prisionais têm desenvolvido, ocasionalmente, junto à população carcerária, ações curativas e vacinações em período de campanhas. Todavia a realização dessas atividades não contempla a observância ao planejamento e/ou programação, nem tampouco tem realizado avaliação efetiva na perspec-

tiva de aprimorar o atendimento de acordo com as peculiaridades desse grupo populacional.

Constatou-se que, para os sujeitos entrevistados, a falta de estrutura física, de recursos humanos e materiais inviabilizam a realização de atividades com os detentos as quais primem pela eficiência, efetividade e eficácia das ações de saúde. Há necessidade urgente, portanto, desses recursos para que a assistência não seja comprometida.

Compreende-se que, além desses aspectos, as ações intersetoriais devem ser estimuladas com vistas a favorecer a saúde e segurança desse grupo populacional e dos profissionais que exercem atividade laboral nessas instituições. Parece oportuno que, junto aos profissionais de saúde, seja garantido o desenvolvimento de habilidades que o capacitem a enfrentar as necessidades daqueles que se encontram confinados, como condição *sine qua non* para expandir ações que visem à redução do risco de doenças/agravos, ao acesso universal e igualitário aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme prevê a Constituição brasileira.

Por outro lado, entende-se que essa assistência será executada nos presídios, conforme previsto no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, com a implantação das equipes de saúde penitenciária, embora as equipes de saúde da família também devam responsabilizar-se por essa população. Assim, contribuir para a promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade, além de ser uma responsabilidade do Estado, representa uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos.

É necessário empreender esforços para reduzir as diferenças entre a vida intramuros e extramuros, no sentido de garantir aos apenados o acesso aos direitos civis que lhe cabem, bem como o exercício de sua cidadania.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira J. Lei de Execução Penal n. 7.210, de 11 de julho de 1984: anotada e acompanhada da exposição de motivos, índice sistemático e índice alfabético-remissivo. São Paulo: Saraiva; 1995. 103p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília; 2004.
3. Silva GKN, Vedovello VP, Fegadolli C. Políticas e práticas da assistência farmacêutica penitenciária. [Citado maio 10]. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mos>>

traacademica/anais/4mostra/pdfs/489.pdf>.

4. Brasil. Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003. [Citado 2007 mar. 28]. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/Depen/funpen/legislacao/2003Portaria1777.pdf>>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
6. Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília; 2002.
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. São Paulo; 2000. 34(3).
9. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3ª ed. Campinas: Editora da UNICAMP; 2002.
10. Tancredi FB, Barros SRL, Ferreira J HG. Planejamento em Saúde para gestores municipais de Serviços de Saúde. Série Saúde e Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. 61 p.
11. Gaioso VP. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007. 155 f.
12. Brasil. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 2004.
13. Campos FCC, Faria HP, Santos MA. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2010. 114p.
14. Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. Rev Psicol Soc. 2008; 20(2).
15. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface Comunic Saúde Educ. 2007; 11(23): 605-18.
16. Diuana V, Lhuilier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(8).
17. Caixeta MC. Plano nacional de saúde no sistema penitenciário: análise do processo da sua implantação no Distrito Federal [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
18. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(12005).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: MS; 2001. p.199.
20. Brasil. Ministério da Saúde . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / Ministério da Saúde, Brasília: MS; 2004.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília: MS; 2011.
22. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(4): 975-86.
23. Silva KLS, Sena RR. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. Rev Latinoam Enferm. 14(5): 755-61.
24. Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. Interface Comunic Saúde Educ. 2008; 12(26): 659-66.
25. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não! Saúde Soc. 2004; 13(1): 14-24.
26. Bourguignon JA. Concepção de rede intersetorial. 2001. [Citado 2009 maio 12]. Disponível em: <<http://>

[www.uepg.br/nupes/intersetor.htm](http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm)>.

27. Comerlatto D, Matiello A, Colliselli L, Renk EC, Kleba ME. Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. *Rev Katálysis*. 2007; 10(22):265-71.

28. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004. 20(2): 438-46.

---

Submissão: outubro/2012

Aprovação: novembro/2012

---