

Equipe de saúde penitenciária: a realidade do processo de trabalho

Penitentiary health team: the reality of the work process

Mayara Lima Barbosa (<https://orcid.org/0000-0002-8063-7903>)^{1,2}

Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador (<https://orcid.org/0000-0002-3208-6270>)³

Ana Luisa Petersen Cogo (<https://orcid.org/0000-0003-2168-7801>)⁴

Marcos Antonio Ferreira Junior (<https://orcid.org/0000-0002-9123-232X>)⁵

Gabriela Maria Cavalcanti Costa (<https://orcid.org/0000-0003-4466-6886>)⁶

Viviane Euzébia Pereira Santos (<https://orcid.org/0000-0001-8140-8320>)¹

Abstract *This article aims to characterize the work process of the prison health team in the state of Paraíba. This is an exploratory research, with a qualitative approach, carried out with two Prison Primary Care Teams in the state of Paraíba. Individual interviews were carried out with health professionals in order to elucidate the work process developed. The corpus consisted of 10 texts and was analyzed using the software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq) and exposed through the Descending Hierarchical Classification (CHD) and the Similarity Analysis. The analysis of the corpus showed that there were 5,417 occurrences of words, spread in 1,090 forms, whose average occurrence was 5.97 words for each form. The Descending Hierarchical Classification analyzed 152 text segments, with 75% retention of the corpus, which resulted in the construction of four partitions and six classes, namely: attention to perceived needs; counseling activity; reception of PPL and family; difficulties related to the system; difficulties related to resources; and suggestion for professional training for EABP.*

Key words *Prisons, Workflow, Patient assistance team, Prisoners, Qualitative research*

Resumo *O objetivo deste artigo é caracterizar o processo de trabalho da equipe de saúde penitenciária no estado da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com duas Equipes de Atenção Básica Prisional do estado da Paraíba. Foram feitas entrevistas individuais com os profissionais de saúde, a fim de elucidar o processo de trabalho desenvolvido. O corpus foi composto por dez textos, analisado com auxílio do software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq) e exposto por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e da Análise de similitude. A análise do corpus demonstrou que houve 5.417 ocorrências de palavras, difundidas em 1.090 formas, com média de ocorrência de 5,97 palavras para cada forma. A CHD analisou 152 segmentos de texto, com retenção de 75% do corpus, que resultou na construção de quatro partições e seis classes, a saber: atenção às necessidades percebidas; atividade de aconselhamento; acolhimento da PPL e da família; dificuldades relacionadas ao sistema; dificuldades relacionadas aos recursos; e sugestão para formação profissional para EABP.*

Palavras-chave *Prisões, Fluxo de trabalho, Equipe de assistência ao paciente, Prisioneiros, Pesquisa qualitativa*

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Atenção à Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Campus Universitário s/n, BR 101, Lagoa Nova. 59072-970 Natal RN Brasil. mayaralimabarbosa@gmail.com

² Centro Universitário Unifacisa. Campina Grande PB Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal RN Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

⁵ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande MS Brasil.

⁶ Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande PB Brasil.

Introdução

A Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP) deve desempenhar suas funções junto às pessoas privadas de liberdade (PPL) em unidades de saúde alocadas em instituições prisionais, onde realizam as práticas assistenciais e ordenam a continuidade dos cuidados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). A inserção da EABP nos presídios brasileiros ocorreu, primariamente, com a publicação do Plano Nacional de Saúde Penitenciária (PNSSP), em 2003¹.

Atualmente, essas equipes de saúde são regulamentadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), uma política de Estado que une dois ministérios: Saúde e Justiça. A política tem como objetivo garantir o acesso das PPL ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS), e para tanto apresenta a integralidade, a intersetorialidade, a descentralização, a hierarquização e a humanização como diretrizes gerais².

A EABP deve desenvolver ações transversais, intersetoriais e universais com o objetivo de garantir o acesso e o acolhimento entre o plural contingente de PPL, devendo ser considerado um instrumento de implementação e de universalização do SUS, que pode envolver pessoas adultas, estrangeiros, idosos, mulheres e seus filhos, indígenas, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, *queers*, intersexuais, assexuais e demais identidades (LGBTQIA+), pessoas com transtornos mentais e/ou deficiências².

Nesse sentido, os profissionais de saúde que atuam no sistema prisional devem estar aptos para receber necessidades variadas de saúde e diferentes tipos de agravos que acometem a PPL. Em análise epidemiológica da situação de saúde das PPL no Brasil, desenvolvida pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), foram evidenciados como doenças ou atendimentos mais prevalentes a tuberculose, a dengue, o HIV/Aids, as hepatites virais, a sífilis adquirida, o atendimento antirrábico humano, a hanseníase, a síndrome do corrimento uretral masculino, a doença de Chagas aguda, os variados tipos de violências e a leptospirose³⁻⁵.

As informações já citadas podem interferir sobre a execução das ações. A avaliação do processo de trabalho entre os profissionais de saúde do sistema penitenciário revelou que a qualidade dos serviços prestados é analisada de maneira negativa pelos próprios profissionais que atuam na EABP, e esta realidade se relaciona apenas às

falhas referentes aos aspectos estruturais⁶, mas ao cenário e aos processos desenvolvidos nesse âmbito, como a falta de planejamento, a rotatividade de trabalhadores de saúde, a inexistência de planos de cargos, carreira e salários, entre outros⁷.

Esse cenário, ao mesmo tempo em que desconsidera aquilo que preconiza o SUS, reafirma a necessidade de desenvolver o PNAISP em sua plenitude e garantir a saúde das PPL. Desse modo, apreender o processo de trabalho dos profissionais de saúde que compõem a EABP contribui para reconhecer as lacunas vivenciadas a partir da legislação nacional vigente. Em face dessa inquietação, surge a questão norteadora desta pesquisa: “Como se caracteriza o processo de trabalho da EABP em relação ao proposto pelo PNAISP?”

Nesse sentido, o presente estudo objetivou caracterizar o processo de trabalho da equipe de saúde penitenciária no estado da Paraíba.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada com as EABP do estado da Paraíba. Segundo informações do último relatório do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), órgão do Ministério da Justiça, o estado da Paraíba possui 9.596 PPL⁸, o número de penitenciárias do estado é 19, incluindo a Penitenciária de Psiquiatria Forense, e havia dez EABP implementadas em presídios masculinos e uma em presídio feminino.

Compuseram a amostra desse estudo uma EABP que atua em presídio feminino e uma em presídio masculino, sorteada aleatoriamente. É importante ressaltar que o critério de inclusão adotado para a aleatorização foi apresentar composição básica completa (médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo e assistente social), conforme preconizado no PNAISP².

Após a seleção das duas EABP, foram realizadas entrevistas individuais com os profissionais que compõem as equipes de saúde, com a finalidade de captar informações relacionadas ao processo de trabalho desenvolvido. Nessa etapa, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, composto por duas partes, a primeira versa sobre o perfil sociodemográfico e profissional dos sujeitos, a segunda aborda as questões abertas relacionadas à compreensão do trabalho no âmbito prisional, a legislação, a implementação, a organização, a análise e composição das atividades de saúde, bem como as atribuições dos

profissionais envolvidos nessas ações, além da identificação dos impactos na saúde percebidos.

As entrevistas foram conduzidas pelos pesquisadores responsáveis, nas unidades prisionais, em dias e horários agendados com a direção dos presídios e os profissionais de saúde. E o *corpus* foi analisado com auxílio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq), a partir da utilização da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e da análise de similitude de palavras presentes no texto.

A CHD, também chamada de método de Reibert, objetiva a identificação das ideias contidas no *corpus*. Este tipo de análise resulta na formação de classes, que correspondem a segmentos de texto que apresentam palavras ou formas semelhante entre si⁹. Desse modo, o agrupamento de segmentos de texto, isolado em classes, correspondem a sistemas de representação do discurso, dispostos graficamente por meio de um dendograma. Esse gráfico evidencia as partições que foram feitas no *corpus* até que se chegasse às classes finais. Ressalta-se, ainda, que a análise por CHD deve apresentar uma retenção mínima de 70% dos segmentos de texto, a fim de que sejam válidas para a classificação do material textual¹⁰.

A Análise de similitude identifica as ocorrências combinadas entre as palavras e seu resultado diz respeito à conexão entre elas, informando o grau de relação entre as formas presentes no *corpus*¹¹.

O *corpus* foi composto por dez textos, cuja retenção de segmento foi de 75%, sendo caracterizado pelas variáveis de interesse: categoria profissional e EABP proveniente de penitenciária masculina e feminina. Os critérios adotados para a inclusão dos elementos em suas respectivas classes foram: frequência maior que a média de ocorrências no *corpus* e associação com a classe determinada pelo valor de qui-quadrado igual ou superior a 3,84, cenário que proporciona margem de erro < 0,05.

Todos os sujeitos da pesquisa foram elucidados sobre o estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a identificação deles consistiu no uso na letra “P” seguida por um número, correspondente à ordem da entrevista. A coleta de dados teve início após autorização da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária na Paraíba (SEAP-PB) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob CAAE 62825716.8.0000.5537

Resultados

A análise do *corpus* derivada das entrevistas com os dez profissionais que compõem as EABP demonstrou que houve 5.417 ocorrências de palavras, difundidas em 1.090 formas, com média de ocorrência de 5,97 palavras para cada forma.

A partição 1, formada pelas classes 4 e 3, revela aspectos relacionados ao trabalho dos profissionais que atuam nas EABP e corresponde a 32,5% do conteúdo analisado. Depreende-se o maior desenvolvimento de práticas assistenciais, direcionadas para as necessidades de saúde dos reclusos e de aconselhamento.

A classe 4 (19,3%) informa que as atividades realizadas entre as EABP são consultas, atendimentos e acompanhamentos que têm como objetivo sanar problemas emergentes dessa população. Tais ações ainda são realizadas, em muitos casos, a partir da solicitação das PPL, e a enfermagem se evidencia como categoria profissional mais relevante ($p < 0,001$), conforme os trechos a seguir:

A enfermeira atende as PPL e a equipe de saúde vê as necessidades deles (P5).

Quando tem alguma necessidade no pavilhão, as PPL solicitam o atendimento aos chefes de disciplinas (P8).

O processo de trabalho da equipe de saúde é de atenção primária, como um PSF, e quando precisa ir para a UPA ou hospital, a equipe de saúde daquela faz o encaminhamento (P10).

A classe 3 (13,2%) revela outra atividade importante no processo de trabalho da EABP – o aconselhamento – principalmente relacionado ao HIV, em que o serviço de psicologia tem sido presente ($p < 0,001$), exemplificado pela fala do profissional:

Muitos apenas não querem receber diretamente na cela os medicamentos para HIV, então eu chamo para conversar, para entregar a medicação e faço o aconselhamento (P3).

A partição 2 (Figura 1), que é formada pela classe 6, apreende 14% do conteúdo do *corpus* analisado e aborda aspectos relacionados à atividade de acolhimento direcionado às PPL e às famílias delas, em que os profissionais do serviço social têm participação essencial na ligação entre esses eixos intramuros e extramuros ($p < 0,001$), segundo as falas:

A PPL é recebida pelo serviço social e a assistente social entra em contato com a família, e procura informações sobre a família da PPL, se existe e se tem companheiros ou filhos e como estão esses filhos (P2).

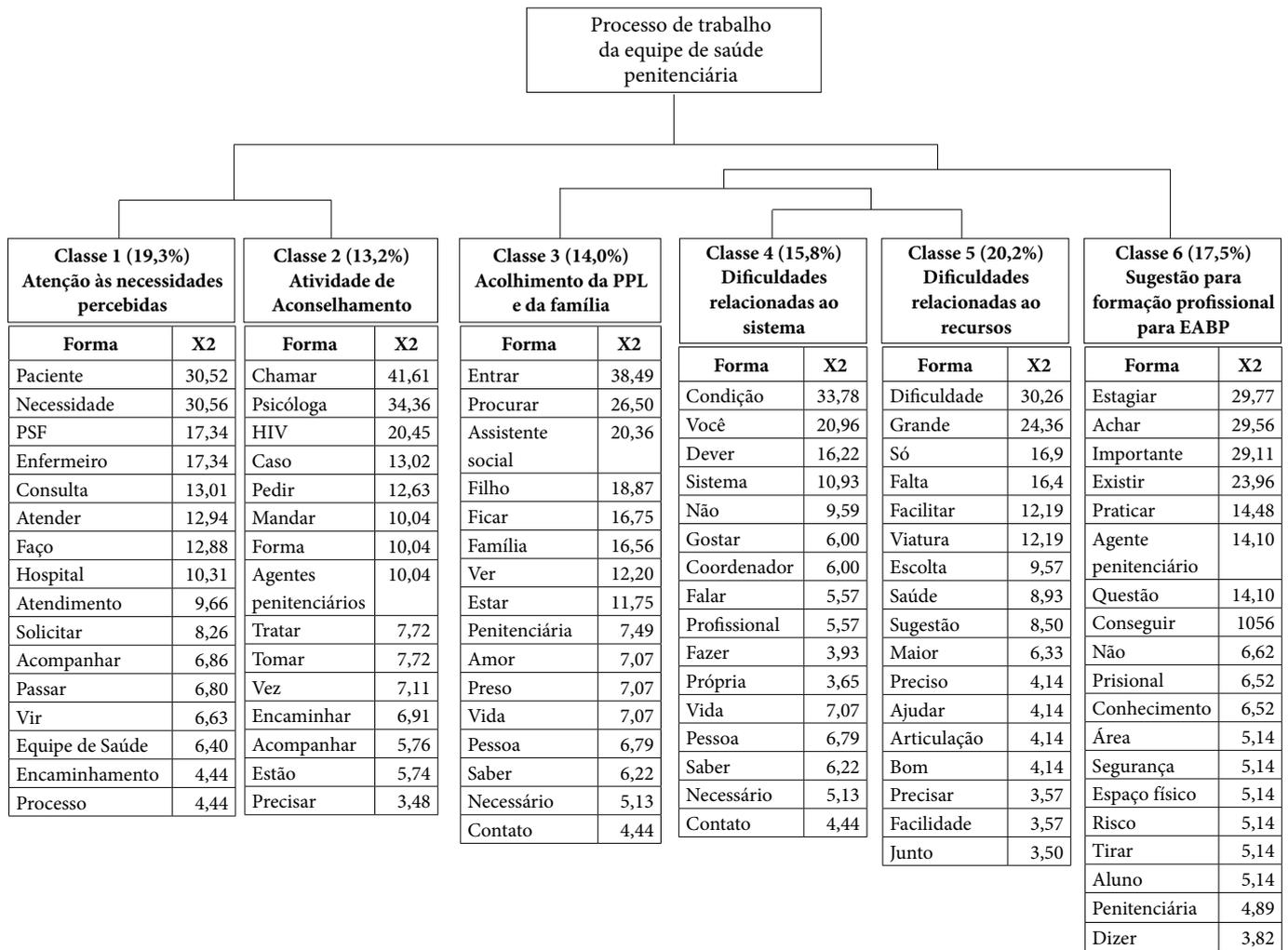


Figura 1. Classes componentes do dendrograma do *corpus* textual das entrevistas com profissionais que compõem as EABP, Paraíba, Brasil, 2021.

Fonte: Autores.

A PPL sofre por estar aqui, mas a família sofre muito mais, que paga por um ato que não cometeu, mas tem que estar perto da PPL, e muitas vezes a família não quer entrar aqui, tem medo de vir para cá, mas o assistente social trabalha no eixo da família, porque a família é prioritária para a PPL (P1).

A partição 3 (Figura 1), formada pelas classes 2 (15,8%) e 5 (20,2%), corresponde à maior captação do texto analisado (36%) e aponta as dificuldades relativas ao processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde da EABP. A classe 2 informa entraves, como a superlotação e a presença de apenas uma equipe de saúde, conforme o enunciado dos sujeitos:

Pela demanda ser grande, o profissional precisa rodar rápido o paciente, não tem como você fazer uma assistência completa, não tem condição para ser feita e você aqui acaba fazendo uma coisa mais restrita à necessidade (P9).

O atendimento da equipe de saúde pega as PPL prioritárias, porque não tem condição de a equipe atender a todos como deveria (P1).

A classe 5 aborda outras dificuldades referentes ao sistema prisional que incidem negativamente no exercício profissional da EABP, que dizem respeito a aspectos estruturais, como a falta de viatura e escolta para a realização da referência e contrarreferência na Rede Assistencial de Saúde (RAS), à inadequação dos espaços físicos e à falta

de materiais e insumos, principalmente odontológicos, como destacado pelos profissionais:

Só tem uma viatura para transportar a PPL para a audiência e os demais serviços, então muitas vezes as consultas na rede são perdidas (P6).

Eu sinto que o espaço físico é uma dificuldade, às vezes os apenados precisam conversar em sigilo e infelizmente o espaço físico não dá essa liberdade (P3).

Outra dificuldade é a falta de insumos, falta material para restaurar, para fazer extração, às vezes a equipe de saúde passa meses sem material, realizando as requisições (P7).

Com o objetivo de ampliar a discussão sobre o tema e assim contribuir para o envolvimento dos atores com a saúde prisional, a partição 4 (Figura 1), revelada na classe 1 (17,5%), refere-se à sugestão dos profissionais quanto a assuntos e outros aspectos que deveriam ser incluídos nos cursos de formação na área de saúde e que contribuiriam para a atuação junto às PPL. Destaca-se a inclusão de estágios curriculares no interior dos presídios e temas transversais que deveriam ser abordados nos cursos.

Nas grades curriculares, deveria ser abordada a legislação e incorporado o estágio prático, é primordial e importantíssimo o aluno ter contato direto com as PPL (P9).

Proporcionar um estágio na penitenciária serviria para tirar esse estigma que existe e até para descobrir que quer trabalhar aqui (P10).

A análise de similitude (Figura 2) demonstra o conteúdo léxico resultante da organização das palavras que refletem o processo de trabalho da EABP, em consonância com as classes já apresentadas. A equipe de saúde emerge como eixo central do cuidado, no qual a forte ligação com a palavra “não”, expressa pela linha de ligação larga, evidencia as dificuldades percebidas pelos profissionais, como as necessidades referentes a estrutura e processos, a dificuldade relativa à escola e à falta de inserção das universidades nas unidades de saúde penitenciária. A ligação intensa da equipe de saúde com o apenado, representada pelo traço espesso, mostra a PPL como centro da atenção dos profissionais.

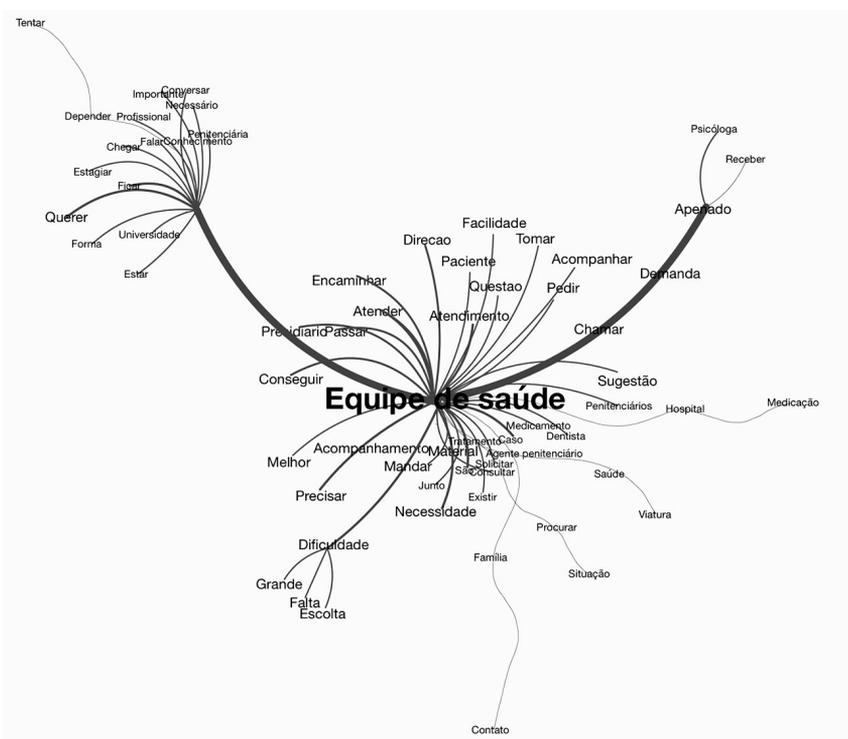


Figura 2. Análise de similitude do corpus, Paraíba, Brasil, 2021.

Discussão

A inclusão das EABP funciona segundo as diretrizes da atenção primária à saúde (APS), constituindo um dispositivo para ordenar os cuidados entre os privados de liberdade no interior das instituições prisionais e nas redes de atenção, a partir da percepção das necessidades que emergem da população que habita as prisões no país. Além de realizar toda a assistência e as práticas que são responsabilidades das equipes multidisciplinares, como promoção da saúde e prevenção de agravos, tratamento de doenças e reabilitação, a fim de garantir a integralidade da assistência².

Para atuação no cenário prisional, o profissional de saúde deve apresentar alto grau de conhecimento, a fim de conseguir prestar assistência integral à PPL, tendo em vista a ampla complexidade referente ao cuidado prestado a essa população e à diversidade de doenças, agravos e transtornos que a acometem. Portanto, exige-se o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o tratamento das principais necessidades de saúde percebidas, e ainda as peculiaridades que envolvem o exercício laboral na instituição correcional¹².

É importante ressaltar que a assistência integral está relacionada ao trabalho multidisciplinar, em que cada profissional que compõe a equipe de saúde contribui para que o sujeito atendido tenha sanada as suas diversas necessidades. Contudo, os discursos que emergem sobre o processo de trabalho da equipe de saúde no contexto prisional evidenciam a participação efetiva e significativa da enfermagem, da psicologia, do serviço social e da odontologia em atividades realizadas, mas a figura do médico não emergiu entre as falas analisadas. Depreende-se ainda que o trabalho entre os profissionais da equipe de saúde é falho.

É possível que esse cenário esteja relacionado à cultura biologicista que ainda permeia a assistência à saúde no Brasil. Nesse caso, a realização de consultas e prescrições fazem parte de um rol de atividades médicas já esperadas pelas PPL e pelos profissionais, enquanto outras atividades, como aconselhamento e acolhimento do apenado e de sua família, são ações menos esperadas, por isso chamam mais atenção quando são realizadas.

A partir dos resultados, também se percebe que entre as atividades há o predomínio de consultas e atendimentos direcionados para as doenças e os agravos mais prevalentes. A ênfase no processo biologicista observada nesta pesquisa, em detrimento das práticas que visam a redução

de danos, corrobora o verificado em outras localidades, onde a realidade se traduz em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças incipientes, mesmo em face da redução significativa de adoecimento observada entre as PPL que participam dessas atividades¹³.

Em contrapartida, de acordo com os resultados, são desenvolvidas ações de acolhimento e aconselhamento, atividades feitas em sigilo, com o profissional chamando a PPL para uma conversa reservada, de modo a garantir o respeito e o sigilo das informações. O aconselhamento relacionado ao HIV – doença prevalente no sistema prisional – contribui para a redução do estigma, seja ele internalizado, percebido, vicário ou promulgado. Dessa forma, a realização do aconselhamento por profissionais capacitados gera efeitos positivos sobre as PPL contaminadas pelo vírus, pois contribui para a aceitação da nova condição, atenua a sensação proveniente do estigma e reduz o desconforto em relação ao tratamento¹⁴.

As atividades de acolhimento são direcionadas para a PPL e a família, uma vez que a privação da liberdade implica consideráveis mudanças na vida do apenado e de sua família, a partir da entrada em um ambiente novo, que envolve alteração na autoestima, da pressão proveniente da estigmatização criminal, da mudança de hábitos e demais alterações biológicas, sociais e psicológicas que incidem negativamente sobre a saúde dos indivíduos e seus familiares¹².

Assim, o acolhimento deve ser considerado como eixo no processo de trabalho em saúde prisional. Nesse sentido, a formação do vínculo profissional-usuário, demonstrado na análise de similitude, é uma condição essencial para a atuação do trabalhador da área da saúde nos princípios da APS, relacionando-se a entrar em contato com a PPL e sua família e à escuta qualificada, em uma perspectiva ampliada de atenção que tem como objetivo o empoderamento do sujeito, a equidade e a efetividade das estratégias e ações de saúde¹⁵.

A assistência à saúde da população privada de liberdade deve apresentar a integralidade, a inter-setorialidade, a descentralização, a hierarquização e a humanização como eixos estruturantes, com o propósito de garantir o acesso das PPL no sistema prisional ao cuidado integral². Infere-se, dessa maneira, que envolver adequadamente os apenados na rede assistencial contribui para a saúde do indivíduo e da coletividade¹⁶.

É importante considerar que a saúde integral da PPL também sofre efeitos negativos por causa da superlotação⁵, como apontado nos resultados

deste estudo. Há uma grande população privada de liberdade para ser atendida e um número insuficiente de profissionais de saúde e em condições inadequadas⁶. Esse cenário tem incidido de forma negativa sobre a percepção do sujeito privado de liberdade em relação às práticas assistenciais de saúde desenvolvidas no interior das prisões, pois diminui a capacidade de atendimento¹⁷.

A escassez de recursos se reflete sobre o processo de trabalho da equipe de saúde que atua no ambiente prisional⁶. A estrutura física inadequada, a falta de viatura e escolta para a realização da referência e da contrarreferência na Rede Assistencial de Saúde (RAS) e a falta de materiais e insumos, principalmente odontológicos, destacam-se.

As questões referentes à estrutura são reconhecidamente um entrave no cenário prisional, e essa situação resulta na disseminação de doenças e na falta de acesso aos serviços de saúde¹⁷. Ao considerar a importância do ambiente para a saúde, a criação de locais saudáveis nas prisões foi apontada como tema prioritário para a pesquisa sobre saúde prisional¹⁸.

Da mesma maneira, a privação de liberdade pode e deve ser considerada uma oportunidade de esse sujeito – que geralmente se encontra em estado de vulnerabilidade socioeconômica e educacional – ter acesso à assistência à saúde e melhorar sua condição¹⁶. Para tanto, é essencial haver respeito à autonomia do sujeito e contribuir para o seu empoderamento.

O acesso deficiente à rede representa uma dificuldade significativa e complexa entre os apenados, pois prejudica a resolutividade dos problemas de saúde que emergem nessa população e ainda desacredita o valor das ações de saúde em relação às PPL¹⁷. E a falta de adaptação dos protocolos de segurança e transporte dos apenados resulta em restrições desse sujeito em relação à assistência à saúde, de modo que a existência do serviço de saúde não implica o seu efetivo atendimento¹³.

Além disso, depreende-se que o acesso pode ser regulado pela gravidade da condição geral do paciente ou pela presença de doenças consideradas graves. Dessa forma, apenados diagnosticados com a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) ou tuberculose são assistidos de maneira mais recorrentes, quando comparados àqueles com condições clínicas mais favoráveis⁵.

Dessa forma, o grande desafio consiste no empreendimento de esforços das autoridades penitenciárias, representadas pela direção-geral

da unidade e por coordenadores, que apresentam grande participação e influência sobre a prestação dos serviços, para o envolvimento amplo e profundo com a atenção à saúde correcional¹³.

Acerca da atividade do profissional de saúde no interior das prisões, é importante destacar que é permeada por entraves do próprio SUS, como a escassez de profissionais, pela falta de quantidade e de qualidade dos atendimentos, pela demora de atendimento em casos de emergência e pela precária ou inexistente distribuição de medicamentos, bem como por peculiaridades do ambiente prisional, como a violência entre as PPL e com os agentes de segurança penitenciária, que colocam em risco todas as pessoas que habitam ou trabalham nessas instituições¹⁹.

Embora as publicações oficiais informem que 100% dos estados brasileiros estão qualificados para receber os recursos referentes a implantação e manutenção das EABP, a cobertura de saúde dessa população é de apenas 30%, o que indica a baixa velocidade de execução dos planos estaduais referente ao PNSSP e à PNAISP. É fundamental aumentar a agenda orçamentária direcionada para esse plano, com o objetivo de melhorar os aspectos estruturais e garantir recursos humanos e materiais adequados para a realização de uma assistência universal, integral, resolutiva e contínua²⁰.

Por fim, ampliar a discussão sobre o tema pode reduzir a invisibilidade da população privada de liberdade e dos profissionais de saúde que atuam no sistema prisional brasileiro. Entre os possíveis caminhos, destaca-se a incorporação do tema nos cursos de formação na área de saúde e o desenvolvimento de estágios curriculares no interior dos presídios.

De acordo com a PNAISP, é responsabilidade da União, por meio do Ministério da Saúde, estimular e realizar ações para a formação e a educação para a difusão da política no país². E, ainda, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde – publicadas em 2001 – afirmam que a formação deve estimular habilidades e competências para o exercício profissional em equipe e em consonância com os serviços de saúde e a comunidade²¹.

Dessa forma, os centros de ensino superior devem assumir sua responsabilidade no que concerne à formação de profissionais de saúde, para que estes sejam capazes de atuar em concordância com as políticas públicas de saúde brasileiras, para fortalecer o SUS e suas diretrizes.

Considerações finais

O processo de trabalho das EABP apresenta práticas assistenciais de cunho biologicista – consultas e encaminhamentos – que objetivam suprir as necessidades de saúde dos reclusos como eixo estruturante, e também são desenvolvidas atividades de aconselhamento, principalmente entre os portadores de HIV/Aids, e acolhimento direcionado para a PPL e sua família, conforme preconiza o PNAISP. Contudo, não se percebe nas falas dos profissionais de saúde ações direcionadas para outros membros da comunidade prisional, como os agentes de segurança penitenciária e familiares das PPL, que também poderiam ter suas necessidades de saúde atendidas pelas equipes de saúde instaladas em presídios.

As principais dificuldades que emergem do processo de trabalho da EAPB se relacionam ao pequeno contingente de profissionais de saúde para atender um quadro de superlotação, em meio à inadequação dos espaços físicos, onde o número de viaturas e escoltas para a realização da referência e contrarreferência na RAS é insuficiente, assim como materiais e demais insumos.

Em face da formação para atuação dos profissionais de saúde no âmbito penitenciário nacional, depreende-se a necessidade da realização de estágios curriculares intramuros nos presídios,

bem como a abordagem de temas transversais – direitos da pessoa privada de liberdade e trabalho no interior dos presídios – nas instituições de ensino superior.

Este trabalho tem como principal limitação a falta de local adequado para a realização das entrevistas, estas – em alguns momentos – foram realizadas em local com alguma circulação de pessoas, o que pode ter comprometido o discurso dos sujeitos. É perceptível a falta de material publicado na literatura que avaliam a implementação da PNAISP no país.

Contudo, os resultados contribuem para a formação em saúde, pois elucidam aspectos referentes ao processo de trabalho em saúde nas prisões. As gestões das secretarias estaduais de saúde e a administração penitenciária podem utilizar os dados que emergem desta pesquisa para solucionar os entraves percebidos e que atuam de modo negativo sobre a assistência prestada. E, ainda, os profissionais de saúde podem empregar a discussão empreendida em seus planejamentos.

Por fim, ressalta-se a necessidade de rever os investimentos realizados na atenção à saúde da população privada de liberdade, a fim de garantir recursos humanos suficientes, estruturas adequadas e materiais e insumos satisfatórios, sob a pena de falhar mais uma vez na assistência integral, resolutiva e universal.

Colaboradores

Concepção do estudo e coleta de dados: ML Barbosa e VEP Santos. Análise e interpretação dos dados; discussão dos resultados; redação e/ou revisão crítica do conteúdo; revisão e aprovação final da versão final: ML Barbosa, PTCO Salvador, ANP Cogo, MA Ferreira Jr, GMC Costa e VEP Santos.

Financiamento

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília: MS; 2004. [acessado 2021 nov 2]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional*. Brasília: MS; 2014.
3. Miranda AEB. *Análise epidemiológica da situação da saúde na população privada de liberdade no Brasil: dados de bases de informação*. Vitória: Editora da UFES; 2015.
4. Cordeiro EL, Silva TM, Silva LSR, Pereira CEA, Patrio FB, Silva CM. Prisoners' epidemiological profile: notifiable pathologies. *Avances en Enfermería* 2018; 36(2):170-178.
5. Allgayer MF, Ely KZ, Freitas GH, Valim ARM, Gonzales RIC, Krug SBF, Possuelo LG. Tuberculosis: health care and surveillance in prisons. *Rev Bras Enferm* 2019; 72(5):1304-1310.
6. Silva JM, Nascimento MC, Aoyama EA, Lemos LR. The co-operation of the health team in the assistance provided to the Brazilian prison system. *Rev Bras Inter Saude* 2020; 2(2):70-74.
7. Costa GMC, Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV. Demographic profile and working conditions: health teams working in detention units. *Rev Bras Pesq Saude* 2014; 16(4):13-22.
8. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de informações penitenciárias INFOPEN*. Brasília: MJ; 2014.
9. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nóbrega SM, organizadores. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora da UFPB; 2005. p. 511-539.
10. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ [Internet]. 2016. [acessado 2022 jun 10]. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf.
11. Marchand P, Ratinaud P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. In: *11^e Journées Internationales d'Analyse Statistique des Données Textuelles*; 2012 jun 13-15; Liège, Belgique.
12. Sanchez-Roig M, Coll-Camara A. Prison nursing and its training. *Rev Esp Sanid Penit* 2016; 18(3):110-118.
13. Sander G, Scandurra A, Kamenska A, MacNamara C, Kalpaki C, Bessa CF, Laso GN, Parisi G, Varley L, Wolny M, Moudatsou M, Pontes NH, Mannix-McNamara P, Libianchi S, Antypas T. *Harm Reduct J* 2016; 13(1):28.
14. Kemnitz R, Kuehl TC, Hochstatter KR, Barker E, Coirey A, Jacobs EA, Repplinger MD, Ehlenbach WJ, Seal DW, Sosman JM, Westergaard RP. Manifestations of HIV stigma and their impact on retention in care for people transitioning from prisons to communities. *Health Justice* 2017; 5(1):7.
15. Dias AM, Rodrigues SO, Moersch C, Greco PBT. Promoção da saúde de adolescentes em instituição de acolhimento: desafio para o enfermeiro. *REAS* 2019; 28:e532.
16. Sidibe T, Golin C, Turner K, Fray N, Fogel C, Flynn P, Gould M, Knight K, Wohl D. Provider perspectives regarding the health care needs of a key population: HIV-infected prisoners after incarceration. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2015; 26(5):556-569.
17. Topp SM, Moonga CN, Luo N, Kaingu M, Chileshe C, Magwende G, Heymann SJ, Henostroza G. Exploring the drivers of health and healthcare access in Zambian prisons: a health systems approach. *Health Policy Plan* 2016; 31(9):1250-1261.
18. Kouyoumdjian FG, Schuler A, McIsaac KE, Pivnick L, Matheson FI, Brown G, Kiefer L, Silva D, Hwang SW. Using a Delphi process to define priorities for prison health research in Canada. *BMJ Open* 2016; 6(1):e010125.
19. Minayo MCS, Ribeiro AP. Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(7):2031-2040.
20. Soares Filho MM, Gomes Bueno PMM. Right to health to Brazilian prison population starting the demographic study and recognition of vulnerabilities. *Cien Saude Colet* 2016; 21(7):1999-2010.
21. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Estabelece as diretrizes curriculares para os cursos de ciências biológicas. *Diário Oficial da União* 2001; 3 out.

Artigo apresentado em 25/11/2021

Aprovado em 19/07/2022

Versão final apresentada em 21/07/2022

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

