

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**CONTRIBUIÇÕES PARA A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À
SAÚDE DA POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO
DE LIBERDADE DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE – MG**

ALCINDOR TEODORO DE REZENDE NETO

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2011
ALCINDOR TEODORO DE REZENDE NETO

**CONTRIBUIÇÕES PARA A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À
SAÚDE DA POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO
DE LIBERDADE DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE – MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Leonardo Cançado Monteiro Savassi

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2011
ALCINDOR TEODORO DE REZENDE NETO

**CONTRIBUIÇÕES PARA A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À
SAÚDE DA POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO
DE LIBERDADE DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE – MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Leonardo Caçado Monteiro Savassi

Banca Examinadora

Prof. _ Leonardo Caçado Monteiro Savassi
Prof. _ Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte 19/01/2012

A todos que há mais de oito anos vem oferecendo Saúde e Cidadania às pessoas privadas de liberdade do município de Belo Horizonte, estes, por vezes lembrados apenas como bandidos, mas não menos seres humanos do que nós outros, sujeitos ao mesmo infortúnio.

RESUMO

A atenção à saúde da população privada de liberdade é um desafio para o poder público. A partir de 2003, com a Portaria Interministerial 1777, que estabeleceu o Plano Nacional de Atenção à Saúde no Sistema Prisional, essa temática ganhou maior destaque nas ações e programações das políticas de saúde. Belo Horizonte iniciou em 2003 o acompanhamento da população nas unidades prisionais localizadas no município, constituindo uma equipe de saúde especial com formato de equipe de saúde da família. Assim, este estudo objetivou fazer uma revisão da legislação nacional acerca da atenção à saúde da população em situação de privação de liberdade, refletindo sobre a assistência oferecida na cidade de Belo Horizonte e os aspectos dificultadores dessa assistência, objetivando contribuir para a estruturação de uma política municipal abrangente, capaz de ofertar serviços existentes em toda a rede, de forma equitativa e com responsabilização do poder público. Trata-se de uma revisão bibliográfica acerca da legislação nacional aplicada à assistência a saúde da população prisional. Foram destacadas as principais linhas de ação do Plano Nacional de Atenção à Saúde no Sistema Prisional e levantadas dificuldades na organização da atenção à saúde e integração com a rede municipal de saúde de Belo Horizonte, muito em decorrência da não existência de uma política municipal que defina fluxos e responsabilidades para a rede de saúde da cidade. O processo de qualificação da atenção à saúde da população prisional de Belo Horizonte passa pela necessidade de ampliação do número de equipes de saúde, responsabilização das unidades de saúde que possuem centros prisionais em sua área de abrangência e aumento da descentralização das ações para o município.

Palavras chave: Centros Penais. Atenção à Saúde. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Health care of people deprived of freedom is a challenge for the government. From 2003 to now, with the Interministerial Ordinance 1777, which established the National Health Care in Prisons, this theme received greater emphasis in the actions and schedules of health policies. Belo Horizonte, in 2003, began monitoring the population in prisons located in the town, instituting a team format with special health family health team. To perform a review of the national legislation of the population in deprivation of freedom situation, through a reflection on the assistance offered in the city of Belo Horizonte and hindering aspects of care, aiming to contribute to the structuring of a comprehensive municipal policy, capable to offer services across the existing network in a fair way with public accountability. Literature review about the national laws applied to the health care of the prison population. We highlighted the main lines of action of the National Health Care in Prisons and raised difficulties in the organization of health care and integration with the municipal health system in Belo Horizonte, much due to the lack of a municipal policy that sets flows and responsibilities for the health network of the city. The qualification process for health care in the prison population of Belo Horizonte passes through the need to expand the number of health staff, accountability of the health facilities that have detention centers in its coverage area and increased decentralization of the municipality.

Keywords: Penal Centers. Health Care Health Public Policy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	9
3 METODOLOGIA	9
4 DESENVOLVIMENTO	10
5 CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

A organização da atenção à saúde de Belo Horizonte passou por importantes reformulações a partir de 2002, quando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) começou a ser implantada no município, orientando as ações de saúde com foco na família e comunidade, trazendo novos conceitos que passaram a nortear essas ações, como a territorialização e vinculação (BELO HORIZONTE, 2008).

Com este novo formato de organização da assistência, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) passaram a ocupar uma posição de destaque na conformação do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH), tornando-se a porta de entrada principal para os usuários no referido sistema.

Em 2003, a Portaria Interministerial Nº 1777 aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, com o objetivo principal de prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas (BRASIL, 2003).

Concomitantemente, o SUS-BH inicia alguns projetos pilotos, com destaque para a implantação de duas equipes especiais de atenção à saúde, uma tendo como público alvo a população prisional e a outra a população de rua do município. Essas equipes, em funcionamento desde então, representaram um importante avanço na garantia do direito constitucional de acesso aos serviços de saúde e no exercício da cidadania dessas pessoas.

Ocupando o cargo de Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família de População Privada de Liberdade, escolhi lidar com essa temática, neste trabalho, com o intuito de contribuir para a melhoria da atenção à saúde dessa população, fazendo uma reflexão sobre a realidade encontrada em Belo Horizonte e destacando ações necessárias à qualificação dessa assistência.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apresentar subsídios que possam ser utilizados para a estruturação da Rede Integrada de Atendimento à População Adulta em Situação de Privação de Liberdade do Município de Belo Horizonte – MG.

2.2 Objetivos Específicos

Fazer uma revisão bibliográfica da legislação nacional acerca da atenção à saúde da população em situação de privação de liberdade.

Apontar reflexões acerca da assistência à saúde da população prisional de Belo Horizonte, destacando aspectos dificultadores dessa assistência.

Estabelecer o perfil demográfico da população prisional adulta de Belo Horizonte.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada entre janeiro e agosto de 2011, acerca da atenção à saúde de pessoas em contexto de privação de liberdade.

Foi consultada a bibliografia específica sobre o tema disponibilizada pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em sítios específicos de busca.

Foram incluídos dados populacionais e de atendimento disponibilizados pela Gerência de Epidemiologia da Regional Leste (GEREPI-LESTE), referentes ao período de janeiro a junho de 2010. Também foram incluídos dados de absenteísmo de consultas especializadas levantados junto ao técnico do SISREG da Unidade de Saúde onde a Equipe de Saúde da Família de População Privada de Liberdade esta vinculada.

4 DESENVOLVIMENTO

No tocante à assistência à população privada de liberdade, a primeira previsão legal foi instituída pela Lei 7210/84 (Lei de Execução Penal), que em seu Capítulo II, assinala a assistência médica, farmacêutica e odontológica, porém, somente com a Portaria Interministerial 1777 (BRASIL, 2003) a necessidade de organização das ações e serviços de assistência foi concretizada.

A Portaria conjunta entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça instituiu o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário – PNSSP, que se tornou marco político-institucional para que os Estados e Municípios organizassem a assistência à saúde da população privada de liberdade, alinhada com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2010).

O PNSSP estabeleceu que as ações e serviços de atenção básica seriam desenvolvidos por equipes multidisciplinares dentro das unidades prisionais, e que nas unidades com até 100 pessoas encarceradas, tais ações e serviços seriam desenvolvidos por profissionais da respectiva Secretaria de Saúde Municipal onde estas unidades se encontrassem instaladas. Já nas unidades com mais de 100 pessoas detidas, seriam constituídas equipes na proporção de uma equipe para até 500 pessoas presas.

A Portaria também estabeleceu as linhas de ação do PNSSP (BRASIL, 2003):

- Controle de Tuberculose;
- Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes;
- Controle de Hanseníase;
- Saúde da mulher;
- Saúde bucal;
- Atenção à saúde mental;
- Diagnóstico, aconselhamento e tratamento de DST/HIV/AIDS;
- Imunização;
- Assistência farmacêutica;
- Referenciamento para média e alta complexidade.

Vale destacar que o PNSSP não contemplou de forma integral a população privada de liberdade, visto que as ações foram pensadas para a população carcerária de presídios e penitenciárias, não abrangendo claramente a população dos Centros de Remanejamento do

Sistema Prisional – CERESP, que são a porta de entrada do sistema, e onde se encontram pessoas com problemas agudos de saúde, decorrentes, muitas vezes, do contexto de exclusão social em que vivem enquanto livres, não acessando os dispositivos de saúde colocados à sua disposição nas comunidades, muitas vezes devido ao medo de serem detidas ou mesmo da condição de intoxicação por entorpecentes, algo que vem aumentando exponencialmente.

O processo de qualificação do PNSSP exige que cada Estado da Federação elabore um Plano Operativo Estadual – POE – e submeta-o ao Conselho Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite para ser aprovado. Aprovado o POE, devem-se cadastrar os profissionais das Equipes de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário – EPEN (BRASIL, 2010).

O manual de Legislação da Saúde no Sistema Prisional (BRASIL, 2010) destaca que entre os 18 Estados aptos à implantação do PNSSP até julho de 2009 estavam: Acre, Amazonas, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Paraná e Rio Grande do Sul, sendo que todos estes sete Estados foram qualificados em 2008. Já os Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Pernambuco e o Distrito Federal foram as primeiras unidades federativas a se qualificarem ao PNSSP, no ano de 2004. Em 2005, Bahia, Goiás, Rondônia, São Paulo e Tocantins foram qualificados. O Ceará qualificou-se em 2006.

Entre 2004 e 2009, mais de 200 EPEN foram implantadas no Brasil (30% do teto), em mais de 180 unidades penitenciárias, algo que abrange aproximadamente um terço da população carcerária brasileira. Há muito que avançar na implantação do PNSSP, embora, o aumento do acesso da população penitenciária às ações e serviços de saúde seja progressivo (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, percebe-se que a assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade está, gradualmente, passando por um processo de municipalização, aproximando-se da lógica do SUS, que é a descentralização da gestão e execução dos serviços, possibilitando ações mais direcionadas e mais efetivas.

A experiência de Belo Horizonte na atenção à saúde da população privada de liberdade acumula oito anos, permitindo que o processo de produção e oferta de serviços na área de saúde fosse sendo aperfeiçoado no município.

Quando da implantação da Equipe de Atenção à Saúde da População Carcerária em 2003, as pessoas detidas ficavam encarceradas em delegacias da Polícia Civil, que eram em grande número. Uma parceria envolvendo Secretarias de Saúde Estadual, Municipal,

Ministério Público e Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS) viabilizou a montagem de uma estrutura mínima de consultórios nas delegacias e infraestrutura logística para o início dos atendimentos.

A equipe foi constituída com seis agentes de saúde, um médico, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem, como se vê, nos moldes da Estratégia de Saúde da Família e atendia 14 unidades de encarceramento.

Em 2006, após a elaboração do Plano Operativo Estadual de Minas Gerais – POE-MG, (MINAS GERAIS, 2004) que ocorreu em 2004, a SEDS passou a ser responsável por todos os detentos de Minas Gerais, o que resultou na criação de centros de detenção maiores e na inutilização gradual das carceragens da Polícia Civil.

O POE-MG prevê que a responsabilidade de recrutamento de profissionais para composição das equipes de saúde é da SEDS, porém sua gestão é da Secretaria de Estado de Saúde, o que tem gerado algum desalinhamento entre o que é proposto e o que é efetivamente ofertado em termos serviços e ações de saúde.

Essa previsão foi em desconcontro com a tendência de municipalização da atenção à saúde, e gera dificuldades na garantia de assistência à população privada de liberdade nas unidades onde as equipes assistenciais são recrutadas pela SEDS, resultando em baixa cobertura assistencial a essa população na Região Metropolitana de Belo Horizonte e na sobrecarga de algumas unidades de saúde, que tem recebido essa demanda sem nenhuma pactuação e sem referenciamento.

Essa realidade está, sobretudo, relacionada com a dificuldade de se constituir as EPEN-s devido aos baixos salários pagos e falta de incentivos para se trabalhar em um ambiente sabidamente insalubre e estressante. Muitas são as queixas de várias unidades que não possuem equipes de saúde completas, principalmente pela ausência do profissional Médico, e quando o tem, este é contratado para 30 horas e acaba cumprindo apenas 4 horas semanais, como forma de compensação pelo irrisório salário.

Outra dificuldade encontrada é a lotação exagerada das unidades de encarceramento, que extrapola em muito a sua capacidade constituída, usada como base para, conforme Portaria 1.777, o estabelecimento da EPEN. Vale destacar também, as péssimas condições de confinamento dessas pessoas, contribuindo para o surgimento de várias patologias.

A equipe constituída e mantida pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, agora denominada Equipe de Saúde da Família de População Privada de Liberdade – ESF-PPL, vem se adaptando às mudanças ocorridas no Sistema Prisional da capital mineira e, no início de 2010, após intensas discussões com o Distrito Sanitário Leste e Gerência de Atenção à Saúde, passou a ter uma nova constituição, saindo os agentes de saúde e aumentando o número de auxiliares de enfermagem.

Já em meados de 2010, a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte decidiu implantar mais uma equipe de saúde, que passou a ser referência para os Centros de Internação Provisória de Adolescentes, separando a assistência da população adulta daquela prestada aos menores em conflito com a lei.

Essas mudanças permitem uma reflexão sobre qual a melhor estratégia de oferta de serviços e ações de saúde para a população prisional da grande Belo Horizonte. Seria a atenção primária o modelo mais adequado?

A experiência adquirida nesses oito anos de implantação de uma equipe de saúde da família voltada para o acompanhamento da população privada de liberdade mostra que a estratégia adotada pelo município tem sido exitosa. Mesmo não lidando com o objeto principal de intervenção da Medicina de Família e Comunidade, muitas das características da Atenção Primária à saúde estão presentes no processo de produção de saúde no contexto de privação de liberdade. Quais sejam: primeiro contato; acompanhamento longitudinal; integralidade, com garantia de acesso a rede especializada; acompanhamento de condições crônicas e capacidade resolutiva.

Em Belo Horizonte há unidades prisionais de adultos que, conforme a Portaria 1.777 devem ter garantido o atendimento de saúde pela rede municipal, como é o caso dos Centros de Remanejamento São Cristóvão e Centro-Sul e da Casa do Albergado Presidente João Pessoa, os quais são acompanhados pela ESF-PPL. Também existem unidades com capacidade constituída de mais de 100 detentos, cuja assistência deve ser prestada por equipes próprias, recrutadas pela SEDS, na proporção de uma EPEN para cada fração de 500 detentos, caso do Complexo Penitenciário Estevão Pinto e do Centro de Remanejamento Gameleira (MINAS GERAIS, 2011).

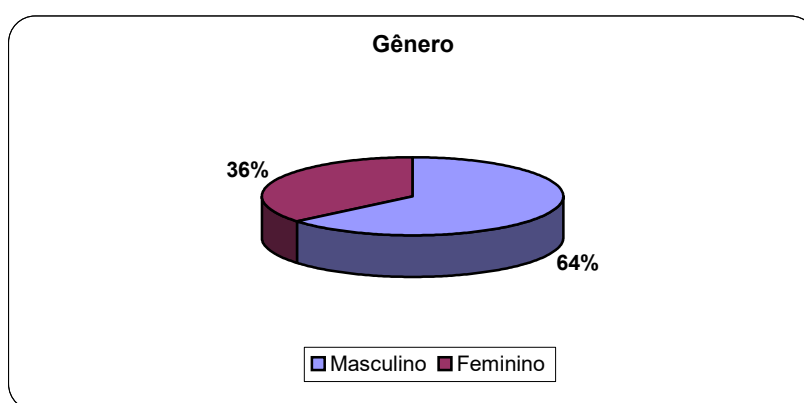
Conforme relatado, as unidades que deveriam possuir equipes próprias têm passado por grandes dificuldades no recrutamento e manutenção dos profissionais nas respectivas

equipes, gerando um quadro de desassistência importante no nosso município, e consequente sobrecarga nas unidades de saúde próximas.

Considerando este contexto, a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, após discussões com o Conselho Municipal de Saúde, com a ESF-PPL e com a direção do Complexo Penitenciário Estevão Pinto, deu mais um passo importante no processo de municipalização da assistência à saúde da população carcerária do município, passando também a garantir atendimento pela ESF-PPL a essa unidade prisional.

Apresentamos alguns dados da Gerencia de Epidemiologia sobre o perfil demográfico e de morbidade da população atendida pela ESF-PPL:

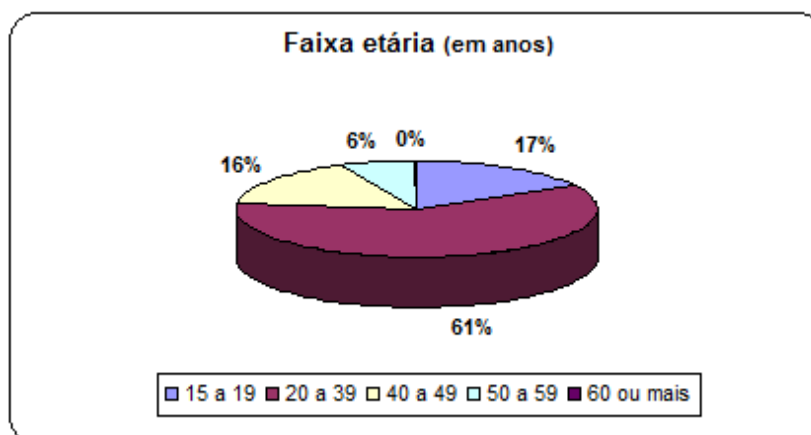
Gráfico 1 – Distribuição da população segundo gênero



Fonte: GEREPI-Leste (Janeiro a Junho de 2010)

O gráfico 01 mostra que mais da metade da população prisional é de homens.

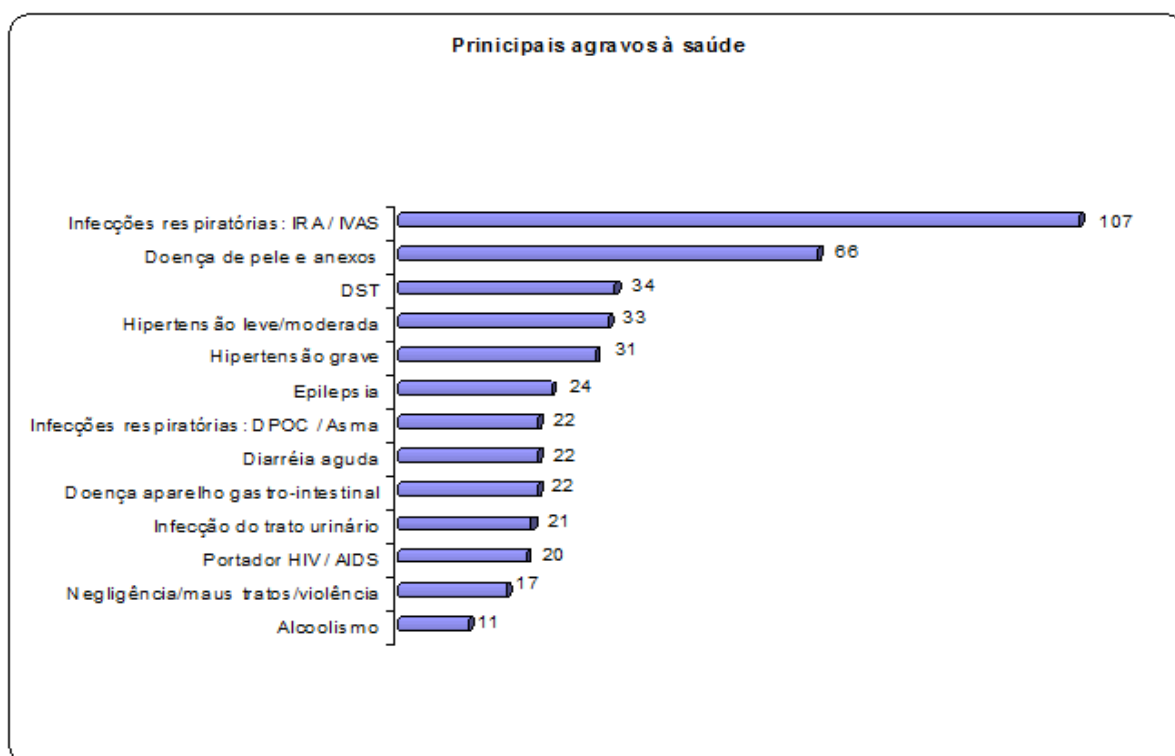
Gráfico 2 – Distribuição da população segundo faixa etária



Fonte: GEREPI-Leste (Janeiro a Junho de 2010)

Os dados do gráfico - 02 apontam que a faixa etária predominante da população prisional é referente às pessoas jovens, produtivas e que encontram-se, por isso, afastadas do trabalho e da escola. Esses dados estão em consonância com o perfil da população geral prisional brasileira.

Gráfico 3 – Distribuição segundo os principais agravos à saúde identificados



Fonte: GEREPI-Leste (Janeiro a Junho de 2010)

Percebe-se, pelos dados deste gráfico, que as doenças respiratórias são dominantes em relação às demais, seguidas pelos problemas de pele e anexos, demonstrando que o processo de adoecimento possui relação direta com as condições de confinamento, corroborando a importância de uma intervenção nas condições estruturais das unidades prisionais.

O processo de qualificação da atenção à saúde no contexto de privação de liberdade passa sem dúvida por uma qualificação da Gestão Prisional, a qual deveria priorizar mais as ações de saúde e de melhoria das condições de confinamento, além da ampliação da descentralização das ações para os municípios.

Em relação ao SUS-BH, é necessário avançar nas discussões com unidades de saúde que possuem unidades prisionais em sua área de abrangência, buscando garantir que a população privada de liberdade de Belo Horizonte tenha acesso às especialidades presentes nessas unidades, como é o caso de Psiquiatria, Ginecologia, Odontologia e Psicologia, especialidades que não são marcadas via Central de Regulação e Marcação de Especialidades. Também estas unidades de saúde devem garantir atendimento clínico e de generalista quando da ausência do respectivo profissional dentro das unidades prisionais com equipe própria ou devido a afastamentos do generalista da ESF-PPL.

Em relação ao acesso às especialidades via central de regulação, o SUS-BH tem conseguido responder às necessidades do sistema prisional no tocante à oferta das consultas, cabendo apenas uma discussão sobre a celeridade das mesmas e, principalmente, sobre o compromisso das unidades prisionais em escoltar os detentos até as Unidades de Referência. Dados da Central de Marcação de Especialidades, levantados junto ao técnico do SISREG, apontam para um absenteísmo de aproximadamente 50% nas consultas especializadas, o que é inaceitável do ponto de vista da saúde pública (BELO HORIZONTE, 2010).

Finalmente, há a necessidade de aprofundar as discussões sobre a constituição de outra equipe para acompanhar o Centro de Remanejamento Gameleira, completando assim o processo de municipalização da atenção à saúde de todas as unidades prisionais de Belo Horizonte.

5 CONCLUSÃO

A qualificação da atenção à saúde da população privada de liberdade de Belo Horizonte passa pela necessidade de se completar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde para o município, juntamente com a ampliação da rede assistencial, mediante discussão ampla com as unidades que possuem centros prisionais em sua área de abrangência e com as unidades de referência.

Os resultados deste estudo poderão subsidiar discussões a esse respeito, pois sinalizaram não só os agravos de saúde mais afeitos a essa população e que convocam para grupos de discussão e educação em saúde, mas também nos convocam para apresentar ações /estratégias pra o cuidado dessa população.

Incluir no sistema de saúde os brasileiros que cumprem pena é cumprir um direito garantido pela Constituição (PNSSP, 2003).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. Portaria Interministerial 1777, de 06 de Setembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação Saúde no Sistema Prisional, 2010, 169p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Operativo Estadual de Atendimento à Saúde da População Prisional de Estado de Minas Gerais, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Defesa Social. Censo Penitenciário, 2011.

BELO HORIZONTE. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte – Oficina 01 Análise da Atenção Primária, 2009.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte, 2008, 432p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Epidemiologia da Regional Leste, Janeiro a Junho de 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Atenção à Saúde da Regional Leste, Abril a Maio de 2010.