



Cremilde Alice da Silva Moambe Anli

**Estudo sobre a viabilidade da avaliação da atenção à saúde dos reclusos no
estabelecimento penitenciário provincial de Maputo – Moçambique**

Rio de Janeiro

2017

Cremilde Alice da Silva Moambe Anli

Estudo sobre a viabilidade da avaliação da atenção à saúde dos reclusos no estabelecimento penitenciário provincial de Maputo - Moçambique

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas e Planejamento em Saúde. Acordo geral de cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique, executado conjuntamente pela Fiocruz/Ensp e o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique, com o apoio financeiro do *International Development Research Center*, do Canadá.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marly Marques da Cruz.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Luisa Gonçalves Dutra
de Oliveira.

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

- A612e Anli, Cremilde Alice da Silva Moambe.
Estudo sobre a viabilidade da avaliação da atenção à saúde dos reclusos no estabelecimento penitenciário provincial de Maputo - Moçambique / Cremilde Alice da Silva Moambe Anli. -- 2017.
91 f. : il. color. ; graf. ; mapas
- Orientadora: Marly Marques da Cruz.
Coorientadora: Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira.
- Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. Acordo geral de cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique, executado conjuntamente pela Fiocruz/Ensp e o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique, com o apoio financeiro do International Development Research Center, do Canadá.
1. Prisões. 2. Estudos de Viabilidade. 3. Avaliação em Saúde. 4. Atenção à Saúde. 5. Vulnerabilidade em Saúde. 6. Moçambique. I. Título.

CDD – 22.ed. –362.108692709679

Cremilde Alice da Silva Moambe Anli

Estudo sobre a viabilidade da avaliação da atenção à saúde dos reclusos no estabelecimento penitenciário provincial de Maputo - Moçambique

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas e Planejamento em Saúde. Acordo geral de cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique, executado conjuntamente pela Fiocruz/Ensp e o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique, com o apoio financeiro do *International Development Research Center*, do Canadá.

Aprovada 15 de Fevereiro de 2017

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Alexandra Roma Sanchez

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - - Centro de Referência Professor Hélio Fraga

Prof.^a Dra. Maria Helena Mendonça

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde

Prof.^a Dra. Marly Marques da Cruz (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Departamento de Endemias Samuel Pessoa

Rio de Janeiro

2017

Aos meus pais Vasco Moambe e Felizmina
Alice Lopes da Silva que Deus os tenha.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, força e saúde que me concedeu durante este tempo de formação.

Ao meu marido Ambasse Bachir, grande presente de Deus para a minha vida, pelo amor, carinho, dedicação e pela compreensão nos momentos que me encontrei ausente embora presente fisicamente.

Aos meus filhos Abdul, Yuran e Alice minha força de vontade e estimuladores contínuos do meu trabalho.

As minhas orientadoras Professoras Dras Marly Cruz e Luisa Dutra pelo acompanhamento nesta longa jornada e sobretudo pelos ensinamentos que geraram em mim um grande crescimento académico.

Ao Professor Doutor Luís Cezerilo pelo carinho e apoio incondicional.

À Amina Judas e Carlos Bila pelo apoio na recolha de dados.

Aos **colegas de turma** pela amizade, carinho e convívio fraterno.

A todos que directa ou indirectamente contribuíram para que este sonho se transformasse em realidade.

Por fim, um agradecimento especial ao financiador do Mestrado em Sistemas de Saúde, o Centro Internacional de Desenvolvimento e Pesquisa (*International Development Research Center – IDRC*), de Ottawa, Canadá, a partir da subvenção 107278-001 ao Ministério da Saúde de Moçambique - MISAU/INS, executada em cooperação triangular com o INS e a Fiocruz/Rio de Janeiro e a Fiocruz/Recife, instituições que conduziram o mestrado. Este projeto de cooperação tornou possível a realização do curso em Moçambique e da pesquisa que originou esta dissertação. Obviamente, as análises que emergem deste estudo, com suas possíveis contribuições e limitações, são resultado deste trabalho conjunto e não necessariamente

representam as posições oficiais ou visões do IDRC. Como toda produção científica, está sujeita a críticas e ajustes, pois é assim que a avança o conhecimento."

Será que quando erguemos os muros das prisões e apertamos a tecla do esquecimento estamos tratando os “presos” como seres humanos iguais, que têm a mesma condição de humano como nós?

KOLLING; 2013, p. 283

RESUMO

A atenção à saúde no sistema penitenciário em Moçambique tem sido pouco investigada e a mesma enfrenta dificuldades relacionadas com as infraestruturas nos Estabelecimentos Penitenciários (EPs); a insuficiência e qualificação dos recursos humanos e a existência de problemas de saúde como as infecções de transmissão sexual, a tuberculose, a malária e os problemas nutricionais. O objetivo do estudo é verificar a viabilidade da avaliação da atenção à saúde dos reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo (EPPM). A estratégia metodológica adoptada foi a do estudo de caso com abordagem qualitativa, onde foi utilizada a técnica da análise documental, da observação direta e o questionário semiestruturado com informantes-chaves do Serviço Nacional Penitenciário (SERNAP), além da discussão para a busca de consenso sobre o modelo construído. As condições precárias das infraestruturas, a ausência de água canalizada, a presença de muitos casos de malária, tuberculose, HIV/Aids, a insuficiência de recursos humanos qualificados e materiais e equipamentos médicos foram identificadas. Estas situações comprometem a assistência ao recluso. Outrossim, embora o sistema penitenciário seja atendido pelas unidades hospitalares circunvizinhas dos EPs, este não se encontra inscrito na Política Nacional de Saúde. A falta de uma política nacional de saúde atualizada em Moçambique que inclua a saúde penitenciária, não permite uma orientação clara no EPPM quanto aos procedimentos e ações que devem ser desenvolvidas em meio penitenciário quanto à promoção, prevenção e assistência à saúde dos reclusos. Denota-se assim a necessidade de mudanças estruturais e de processo no sistema penitenciário, em particular no EPPM, para que o mesmo cumpra a sua missão no domínio da saúde e cuidados sanitários para a melhoria da qualidade de saúde e redução da vulnerabilidade dos reclusos. Conclui-se assim que há necessidade da realização de uma avaliação da atenção à saúde dos reclusos no EPPM que melhor oriente as necessidades de investimentos e ajustes nesse e nos demais Estabelecimentos Penitenciários de Moçambique.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção à Saúde. Vulnerabilidade em saúde. Estudos de viabilidade. Prisões.

ABSTRACT

Health care in the penitentiary system in Mozambique has been poorly investigated and it faces difficulties related to infrastructures in Penitentiary Institutions (EPs); The inadequacy and qualification of human resources and the existence of health problems such as sexually transmitted infections, tuberculosis, malaria and nutritional problems. The objective of the study is to verify the feasibility of the assessment of health care of prisoners in the Maputo Provincial Penitentiary Establishment (EPPM). The methodological strategy adopted was that of the case study with a qualitative approach, where the documentary analysis, direct observation and semi-structured questionnaire technique was used with key informants of the National Penitentiary Service (SERNAP), in addition to the discussion on the search for consensus on The built model. Poor infrastructure conditions, lack of piped water, the presence of many cases of malaria, tuberculosis, HIV / AIDS, inadequate qualified human resources and medical equipment and materials were identified. These situations compromise assistance to the inmate. Moreover, although the penitentiary system is taken care of by the surrounding hospital units of the EPs, it is not inscribed in the National Health Policy. The lack of an up-to-date national health policy in Mozambique that includes penitentiary health does not allow clear guidance in EPPM As to the procedures and actions that must be carried out in the penitentiary environment in relation to the promotion, prevention and health care of prisoners. This shows the need for structural and process changes in the penitentiary system, in particular in EPPM, so that it can fulfill its mission in health and health care to improve the quality of health and reduce the vulnerability of prisoners. It is concluded that there is a need to carry out an evaluation of the health care of prisoners in EPPM that better orientates the investment and adjustment needs in this and in the other Penitentiary Institutions of Mozambique.

Keywords: Health Assessment. Health Care. Health Vulnerability. Feasibility Studies. Prisons.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura do estudo de avaliabilidade (<i>adaptada a partir de Oliveira (2014)</i>)	45
Figura 2 - Modelo lógico da Atenção à Saúde aos Reclusos do Estabelecimento	64
Quadro 1 - Representação esquemática da metodologia	50
Quadro 2 - N° de profissionais de saúde.....	54
Quadro 3 - Doenças mais referidas pelos profissionais	63
Quadro 4 - População reclusa no EPPM (<i>Relatórios anuais do EPPM</i>).....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de questionários	49
Tabela 2 - Distribuição dos reclusos por tipo de reclusão, Moçambique - 1º semestre 2016.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APE	Agente Polivalente Elementar
CNBS	Comité Nacional de Bioética de Saúde
CRM	Constituição da República de Moçambique
EP	Estabelecimento Penitenciário
EPPM	Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo
EUA	Estados Unidos da América
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
HTA	Hipertensão arterial
ICS	Instituto de Ciências de Saúde
INS	Instituto Nacional da Saúde
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação Sobre o HIV e SIDA
ISCISA	Instituto Superior de Ciências de Saúde
ITS	Infecções de transmissão sexual
LDH	Liga dos Direitos Humanos
MISAU	Ministério da Saúde
MJACR	Ministério da Justiça, Assuntos constitucionais e religiosos
ONU	Organização das Nações Unidas
PESS	Plano Estratégico do Sector de Saúde
PIC	Polícia de Investigação Criminal
RSS	Relatório de Revisão do Sector de Saúde
SADC	Comunidade de Desenvolvimento dos Países da África Austral
SCS	Serviço de Cuidados Sanitários
SERNAP	Serviço Nacional Penitenciário
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNAPRI	Serviço Nacional das prisões
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSMASM	Serviços de Saúde, Mulher e Ação Social da Matola
TARV	Tratamento anti-retroviral
TB	Tuberculose

UNODC	Escritórios das Nações Unidas Para Drogas e Crime
US	Unidade Sanitária
UTUSP	Unidade Técnica de Unificação do Sistema Prisional
VIH	Vírus de Imunodeficiência Adquirida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 SITUAÇÃO PROBLEMA.....	27
3 JUSTIFICATIVA	29
4 OBJETIVOS	30
4.1 Objetivo Geral.....	30
4.2 Objetivos Específicos.....	30
5 REFERENCIAL TEÓRICO	31
5.1 As Bases do Sistema Penitenciário e os Processos de Encarceramento	31
5.2 Determinantes Sociais, Desigualdades e Iniquidades no Sistema Penitenciário.	33
5.3 A Atenção à saúde e a Vulnerabilidades nos Estabelecimentos Penitenciários.....	36
6 METODOLOGIA	43
6.1 Desenhos do Estudo.....	43
6.2 Local do estudo	45
6.3 Técnicas de Pesquisa.....	46
6.4 Coleta e análise de dados	47
7 RESULTADOS.....	51
8 DISCUSSÃO	74
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	81
APENDICE A – CHECK LIST PARA VERIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO POSTO MÉDICO.....	90
APENDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	93
APENDICE C – QUESTIONÁRIO PARA INFORMANTE CHAVE.....	94
APENDICE D – QUESTIONÁRIO PARA O PESSOAL DO POSTO MÉDICO	96
APENDICE E – QUESTIONÁRIO PARA OUTRO PESSOAL DA DIREÇÃO.....	100
APENDICE F – QUESTIONÁRIO PARA INFORMANTE CHAVE DO SSMAS DA MATOLA E HOSPITAL GERAL DA MACHAVA.....	104
ANEXOS 106	
ANEXO A –PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO.....	107
ANEXO B – PARAECER DO COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA	108

ANEXO C- CREDENCIAL (1).....	109
ANEXO D – CREDENCIAL (2).....	110
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DA DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE (1).....	111
ANEXO F– AUTORIZAÇÃO DA DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE (2).....	112
ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	113
113	
ANEXO H - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECLUSO	116
SERVIÇO NACIONAL PENITENCIÁRIO	116

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento desta dissertação de mestrado está intimamente vinculado com a trajetória académica e profissional da autora. Formada em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane - Moçambique. Depois desta, desenvolveu diferentes funções no Serviço Nacional de Saúde. Em 2014, transita da saúde pública para dirigir e coordenar as atividades de saúde em meio penitenciário.

No decurso das visitas para aferir a situação da saúde penitenciária, efetuadas pela pesquisadora e em diálogo com os diferentes responsáveis do Serviço Nacional Penitenciário (SERNAP), quadros diretivos e técnicos da área de saúde do EPPM e reclusos permitiu-lhe um conhecimento aprofundado sobre as condições de atenção à saúde bem como aferir os critérios para a realização de uma avaliação da atenção à saúde no sector, tendo em conta as normas de assistência médica no País e as Regras Mínimas de Mandela. É no meio deste acúmulo de experiências e dos desafios que se impõem ao sector, que surgiu o interesse pelo tema visando aferir a *Viabilidade da Avaliação da Atenção à Saúde dos Reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo* (EPPM).

O trabalho no conjunto é composto por um capítulo introdutório, onde se busca contextualizar o tema da atenção à saúde nos estabelecimentos penitenciários, de forma a apontar os avanços, sobretudo os dilemas referidos, a ausência ou a precariedade de acesso a esse tipo de atenção.

No segundo capítulo, a justificativa foi construída de forma a ressaltar a relevância científica e social deste estudo, por ser o sistema penitenciário moçambicano marcado pelas insuficiências e precariedades na atenção à saúde, devido à superlotação penitenciária, à escassez de recursos humanos, financeiros e materiais, a não priorização ao pouco investimento. O aprofundamento sobre esse tema pode propiciar uma melhor compreensão de como o estabelecimento penitenciário de Maputo está organizado e como pode funcionar de forma mais adequada ao identificar a viabilidade de avaliação de sua estrutura e processos.

Em Moçambique, o desenvolvimento de equipas para a área penitenciária ainda é um campo insípido, por outro, nota-se uma ausência de literatura neste domínio. Alguns estudiosos contribuirão para tecer o referencial teórico desta dissertação, tais como: Gabrielle Kolling,

García-Guerrero; Domício Aurélio Sá, Vilma Diuana, Maria Amelia de Jesus Ribeiro, Andressa Henning Silva, Hernández-Fernández e Arroyo-Cobo e Michel Foucault.

Assim, no capítulo do referencial teórico são apresentados os principais marcos teórico-conceituais encontrados na literatura científica sobre as bases do sistema penitenciário e os processos de encarceramento; os determinantes sociais, desigualdades e iniquidades no sistema penitenciário e a atenção à saúde e as vulnerabilidades nos estabelecimentos Penitenciários.

No campo metodológico este estudo está alicerçado em um estudo de caso único com abordagem qualitativa.

Importante referir que, neste estudo os termos prisões, cadeias, penitenciárias, estabelecimentos penitenciários são utilizados como sinónimos por serem identificados assim em diferentes fontes e permutam-se com maior preferência para o último. Do mesmo modo são usados os termos preso, encarcerado e recluso sendo este último o que mais se evidencia no contexto moçambicano. As palavras super-internamento, sobrelotação também se intercambiam frequentemente, assim como os termos população reclusa, população privada de liberdade e população reclusa.

Na antiguidade, antes da chegada dos colonizadores em África o enfoque da justiça era centrado na vítima e não no acusado, havia um desconhecimento de usar a reclusão como punição, mas sim, como garantia da sua manutenção sob custódia para posterior ser torturada às vezes até a morte. Com a chegada dos colonizadores em África, os primeiros encarceramentos formais não tinham como objetivo a reabilitação ou reintegração do condenado na sociedade, mas sim o domínio económico, político e social dos povos nativos (SARKIN, 2008). Igualmente, Le Marcis (2016), confirma que desde a entrada da prisão no continente africano, as autoridades coloniais nunca mostraram interesse com o que acontece dentro das prisões, e o regime tinha um único propósito de apartar a população julgada perigosa e indesejável com base no domínio racial e de penas corporais.

De acordo com o decreto-lei n.º 26.643 de 28 de Maio de 1936, devido à influência do direito canónico, em Moçambique as penas corporais ficaram em desuso e a principal pena passou a ser a pena de prisão, e com o número crescente de reclusos e não havendo novas

construções ou por não se julgar necessário adaptaram-se então castelos, palácios, conventos e outros edifícios inicialmente destinados a diversos fins para servirem de calabouços ou prisões.

De igual modo o Decreto-lei nº184/72 de 31 de Maio referencia que durante o Sec. XIX estruturou-se a legislação do sistema penal onde foram banidas as penas corporais e outras que eram provenientes do antigo Direito e atribui-se importância básica as penas privativas de liberdade.

No mundo em 2013, existiam cerca de 10.2 milhões de indivíduos privados de liberdade, sendo que 2.24 milhões estão nos Estados Unidos da América (EUA) - (716/100.000 hab), St. Kitts e Nevis com 330 reclusos (714/100.00 hab.), Ruanda com 55.618 (492/100.000 hab) e Rússia com 0.68 milhões (475/100.000 hab). Dos países da região da África Austral a África do Sul lidera o grupo com 156.370 (294/100.000), Botswana 5.216 (267/100.000) e (65/100.000) em Moçambique que corresponde a 15.998 reclusos (WALMSLEY, 2013: pag.1)

Ainda Sarkin (2008), refere que os Camarões, Zâmbia, Burundi, Quênia e Ruanda eram os países de África com as prisões mais sobrelotadas no ano de 2008. A sobrelotação constitui uma das grandes preocupações nas prisões africanas associado à degradação das infraestruturas, obsolescência dos sistemas de esgotos, por terem sido edificadas na época da dominação estrangeira nesses países. Esta situação propicia a disseminação de doenças contagiosas, condições estas que são agravadas pelo facto das condições higiénico-sanitários não serem desejáveis, não existir camas ou esteiras, alimentação escassa e falta de vestuário no geral.

[...] não há nenhuma surpresa pelo facto das prisões de toda África apresentarem péssimas condições. Os prédios são velhos, mal ventilados e com sistema de esgoto inadequado. Tais condições são perfeitas para a disseminação de doenças contagiosas. Os detentos não têm onde dormir ou sentar, a higiene é precária e a comida e vestuário são inadequados [...]

(SARKIN, 2008:3)

A Declaração de Kampala (1996), sobre as condições prisionais em África, reconhece as dificuldades económicas típicas dos países e recomenda “*que os reclusos tenham condições de vida compatíveis com a dignidade humana*” (DECLARAÇÃO DE KAMPALA: Pag 1).

De acordo com a Liga dos Direitos Humanos em Moçambique (2013) nas prisões moçambicanas as condições higiénicas e sanitárias não são das melhores associando a problemas de superinternamento que culmina com tratamentos desumanos e deploráveis ao recluso (LDH, 2013: Pag. 4).

Autores como (Ribeiro; Silva, [S.D]), têm a mesma percepção e acrescentam que a alimentação, vestuário e produtos de higiene são fornecidos com irregularidade nos Estabelecimentos Penitenciários (EP) o que obriga os familiares a trazer de casa estes produtos para os reclusos.

Kolling; Silva, Sá (2013), referem que a ocorrência desta situação dentro dos EPs é um sinal de negligência e um “aparente” abandono da parte do governo a este grupo populacional. Segundo os mesmos autores a negligência no sistema penitenciário pode ser de várias formas e uma delas é a falta do saneamento básico, que determina o aparecimento ou não de doenças principalmente as ligadas ao baixo saneamento (cólera, malária, parasitoses, febre tifóide e doenças da pele).

Estando dentro da prisão os reclusos podem adquirir diferentes tipos de doenças com maior destaque para as doenças do aparelho respiratório como sendo a tuberculose (TB), as pneumonias e as infecções respiratórias agudas. Situações em que os reclusos são portadores do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) são frequentes como consequência do homossexualismo, violação sexual praticada por outros reclusos e de uso de drogas injetáveis (ASSIS, 2008; MOÇAMBIQUE, 2013; MELO et al., 2016).

Em algumas prisões de África, incluindo Moçambique, segundo o relatório anual da Liga dos Direitos Humanos de Moçambique (LDH, 2013) os reclusos doentes e os não doentes convivem na mesma cela. A junção dos reclusos, alguns doentes de tuberculose, com os portadores do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) constitui uma grande preocupação para saúde pública.

Valendo-se da regra 24 das Regras Mínimas do Tratamento dos Reclusos, também conhecidas como as Regras de Mandela, o médico deve examinar cada recluso, separá-los se

suspeitar de serem portadores de doenças infecciosas ou contagiosas; e de tomar todas as medidas necessárias para o respectivo tratamento. A tuberculose, malária, cólera e HIV/SIDA são doenças comuns entre a população reclusa moçambicana, justificando desse modo a necessidade de separação destes (LDH, 2013: Pag 4).

Em Moçambique a maioria das prisões foi construída na época colonial e regidos a luz do decreto-lei n°26.643 de 28 de Maio de 1936, sob tutela do Ministério da Justiça, e estes estabelecimentos prisionais estavam subdivididos em: estabelecimentos de detenção, os para o cumprimento de penas e os de execução de medidas de segurança (SENGULANE, 2003).

Assim, os estabelecimentos destinados ao cumprimento de penas eram denominados de cadeias comarcas, centros prisionais e colónias prisionais. De acordo com (Sengulane, 2003) as Prisões para a execução de medidas de segurança constituíam de manicómios; colónias ou casas de trabalho, para mendigos, vadios ou equiparados, colónias ou casas de trabalho para alcoólicos e outros toxicodependentes e os estabelecimentos para delinquentes.

De acordo com o decreto-lei n°26.643 de 28 de Maio de 1936, desde em tempos as prisões em Moçambique destinavam-se como locais para detenção de presos antes de julgados, ou depois de julgados, até a execução da pena. Este destino quer por poucos dias, ou as vezes longos anos, levou a não se considerar problema a construção de estabelecimentos prisionais e a organização dos serviços.

Após a independência o Governo através da Resolução n°. 65/2002, de 27 de Agosto, aprovou a Política Prisional e estratégia da sua implementação, como corolário das ações realizadas no Sector Prisional, consubstanciadas na introdução de medidas com vista a resolver os problemas prevalecentes nos estabelecimentos prisionais sob a tutela dos Ministérios da Justiça e do Interior, o que impunha a adopção de um instrumento através do qual se fixasse o conjunto de atividades a ser introduzidas de forma dinâmica e equilibradas para o desenvolvimento de um Sistema Prisional Unificado e a sua conseqüente modernização.

Pois, com a Independência Nacional verificaram-se modificações através da aprovação do Decreto 1/75, de 27 de Julho, que definiu as funções e atribuições dos vários Ministérios, tendo ficado as prisões subordinadas ao Ministério da Justiça.

Posteriormente, com a extinção da Polícia Judiciária e a criação da Polícia de Investigação Criminal, colocada sob a autoridade do Ministério do Interior, os estabelecimentos de detenção preventiva passaram também a subordinar-se ao Ministério do Interior, permanecendo os restantes na dependência do Ministério da Justiça pela via da Inspeção Prisional.

O Sistema Prisional, até então unificado, viu a sua administração partilhada, originando o dualismo que existiu até 2006. Ao mesmo tempo, surgiram sob tutela do Ministério do Interior os Centros de Reeducação, uma experiência que viria a ser abandonada na década 80.

Com efeito, o sector prisional foi particularmente afetado pela falta de quadros com formação técnica e académica adequada e pela escassez de recursos materiais e financeiros que o País conheceu.

Desta situação resultou a falta de investimentos públicos na construção de novos estabelecimentos prisionais. O único estabelecimento que no momento da aprovação da Política Prisional (2002), tinha sido construído depois da independência era o Centro de Reclusão Feminina de Ndlavela, na Província de Maputo.

Os principais problemas enfrentados pelo sistema prisional foram identificados como sendo: o super-internamento, o estado de degradação física avançada das infraestruturas e dos equipamentos, as péssimas condições sanitárias da população reclusa e a dificuldade de assegurar cuidados médicos básicos, a ausência quase total de ações de reinserção social dos delinquentes, a falta de motivação e de profissionalismo no seio do pessoal e as dificuldades financeiras e de planificação.

Perante a situação crítica em que se encontrava o sector prisional, importava empreender esforços de reforma do sistema com o objetivo de racionalizar a utilização dos recursos atribuídos, de torná-lo eficiente e de ajustá-lo às exigências de um Estado de Direito.

A reforma procurava ainda criar condições para tornar uma realidade, no funcionamento dos estabelecimentos prisionais, o respeito das *Regras Mínimas das Nações Unidas sobre o Tratamento de Reclusos* e a concretização das recomendações expressas na *Declaração de*

Kampala, nomeadamente no que respeita à promoção de mecanismos de tratamento de reclusos e dos meios alternativos à privação de liberdade.

Assim, o Governo através de Programas Quinquenais estabeleceu como ações a realizar neste domínio a introdução de medidas com vista a modificar a situação que prevalecia nos estabelecimentos prisionais.

O sentido da reforma foi o de alterar a situação prevalecente, melhorar e aperfeiçoar o sistema e introduzir as bases da sua transformação progressiva visando a criação de um sistema correcional, aonde veio depois instituir-se em sistema penitenciário.

Nesta conformidade o processo de reforma dos serviços prisionais obedeceu as seguintes fases:

1. Avaliação geral da situação do sistema prisional e definição da Política Prisional e estratégia da sua implementação, aprovada pela Resolução nº. 65/2002, de 27 de Agosto, do Conselho de Ministros;
2. Criação da Unidade Técnica de Unificação do Sistema Prisional, abreviadamente designada **UTUSP**, com vista a apoiar os Ministérios da Justiça e do Interior, no processo de unificação do Sistema Prisional, no quadro da implementação da Política Prisional e respectiva estratégia.

O UTUSP foi composto por quadros de reconhecido mérito, destacados pelos sectores que integravam o Sistema Prisional, todos nomeados por despachos conjunto dos Ministros da Justiça e do Interior.

3. Com a unificação legal do Sistema Prisional, através do Decreto nº. 7/2006, de 17 de Maio e a criação do Serviço Nacional das Prisões – SNAPRI e institucionalização da respectiva direcção foi extinta a UTUSP.

O SNAPRI constituiu-se como um órgão auxiliar da administração da justiça que se integrava no Ministério da Justiça, ao qual incumbia orientar os serviços de detenção e execução das penas e medidas de segurança, superintender na sua organização e

funcionamento e efetuar estudos e investigações referentes ao tratamento dos delinquentes.

4. Esta instituição criou as bases materiais que a partir de 2010 se projetaram no sentido de concepção de instrumentos legais estatutos e regulamentos que culminaram com a formulação no contexto da Política Prisional, do pacote legislativo que instituiu o Sistema Penitenciário nomeadamente; a Lei 3/2013, de 16 de Janeiro, que criou o Serviço Nacional Penitenciário – SERNAP.

O SERNAP institui-se como uma força de segurança interna, com natureza de serviço público, que garante a execução das decisões judiciais em matéria de privação da liberdade e das penas alternativas, assegurando as condições de reabilitação e reinserção social do cidadão condenado, com autonomia administrativa e tutelado pelo Ministro que superintende a área penitenciária.

O SERNAP integra a nível central 10 Serviços e 05 Departamentos a destacar: Serviço de Inspeção Penitenciária, Operações Penitenciárias, Prevenção e Gestão de Violência Declarada, Penas Alternativas à Pena de Prisão, Cooperação, Reabilitação e Reinserção Social, Planificação, Administração e Finanças, Assuntos Jurídicos, Cuidados Sanitários e os Departamentos Autónomos de Inteligência Penitenciária, Recursos Humanos e Formação, Atividades Económicas, Gestão de Sistema Penitenciário, Gabinete do Diretor Geral.

O Serviço de Cuidados Sanitários (SCS) é um órgão responsável pela prevenção, tratamento e reabilitação dos preventivos e condenados nos Estabelecimentos Penitenciários. No art. n.º 2 alínea e) refere que este serviço deve garantir, conceber e desenvolver estratégias de abordagem da problemática de higiene epidemiológica e assistência médica nos Estabelecimentos Penitenciários.

A nível provincial estrutura-se através dos Estabelecimentos Penitenciários Regionais, Provinciais, Especiais e Distritais, sendo: 03 Regionais (Norte – Nampula, Centro – Manica e Sul – Mabalane); 09 Provinciais (Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Tete, Zambézia, Sofala, Inhambane, Gaza e Maputo).

Destacar que o internamento dos condenados é feito de acordo com a natureza criminológica do delincente, assim:

- i. Os Estabelecimentos Penitenciários Regionais: Norte em Nampula, Centro em Manica e Sul em Mabalane na província de Gaza, todos recebem reclusos de sexo masculino vindos de todo país e condenados a penas maiores. O EP Regional abrange a área geográfica de várias Províncias e destina-se a reclusos condenados a pena maior (art.39 do Decreto 63/2013 de 06 de Dezembro).
- ii. O EP Provincial abrange a área geográfica da Província em que se situa e destina-se a reclusos condenados em pena de prisão de curta e media duração. (art.43 do Decreto 63/2013 de 06 de Dezembro).
- iii. O EP Distrital corresponde a área geográfica do distrito e destina-se ao internamento de preventivos e condenados a pena de prisão não superior a 18 meses a serem executadas em regimes de semi-liberdade ou ambiente comunitário. (art.47 do Decreto 63/2013 de 06 de Dezembro).
- iv. Os Centros Abertos são destinados a condenados que cumprem pena em regime de semi-liberdade, regime aberto ou em ambiente comunitário integrados em brigadas de trabalho (art.47 do Decreto 63/2013 de 06 de Dezembro).
- v. Os Estabelecimentos Provinciais de Gaza, Inhambane, Beira, Zambézia, Niassa incluindo o Preventivo de Maputo são mistos e os restantes são somente para indivíduos do sexo masculino. Os reclusos com idade inferior a 21 anos e maiores de 16, são internados no Estabelecimento Penitenciário de Recuperação Juvenil de Boane.

No que concerne ao Serviço Nacional de Saúde, a atenção à saúde, esta possui uma rede sanitária constituída por cerca de 1.314 Centros de Saúde que são unidades que efetuam os cuidados de saúde Primários. O sistema conta com 66 unidades hospitalares de níveis distrital, rurais e gerais que representam o nível de referência do nível primário. Importa realçar que algumas unidades sanitárias (US) não possuem condições adequadas para a prestação de serviços

de qualidade desde a insuficiência de recursos humanos, equipamento médico e outros insumos necessários para um bom funcionamento (MOÇAMBIQUE, 2012).

O nível terciário e quaternário é constituído por 14 unidades que inclui Hospitais Centrais, Provinciais e de Especialidades. Esta rede cobre cerca de metade da população e a restante população é coberta pela medicina tradicional, agentes comunitários de saúde e agentes polivalentes elementares (APEs) também em número insuficiente. A população que reside nas grandes urbes é coberta também pela medicina privada (MOÇAMBIQUE, 2012).

Em Moçambique a atenção à saúde da população geral, é prestada pelos profissionais das diferentes áreas de formação colocados nos Hospitais e Centros de Saúde pelo Ministério da Saúde (MISAU). Até o ano de 2015 não havia uma afetação direta de profissionais de saúde para o quadro de pessoal do SERNAP¹. No entanto, no 1º trimestre de 2016 o MISAU colocou 03 (três) médicos para os EPs Regional Norte – Nampula, no EP Regional Centro – Manica, e o EPP de Maputo.

A atenção à saúde da população reclusa em todo o país é garantida em **19** postos de saúde localizados nos Estabelecimentos Penitenciários Regionais, Provinciais, Especiais e na Escola Prática de Lhembe, cujo serviço de atendimento é das 7.30 até as 15.30 nos dias úteis, com exceção do EP de Gaza que funciona também aos finais de semana e feriados, e dos EPs Regionais Nampula e de Manica, Provinciais de Maputo, Tete e Cabo Delgado que prestam serviços durante 24 horas todos os dias. Estes postos de Saúde são de tamanho reduzido e muitos deles com um compartimento onde são providos os cuidados de saúde e outros com Capacidade de 03 a 06 camas para internamento de curta duração (Regional de Nampula, Manica e provincial de Maputo). Os Postos ou Centros de Saúde do SNS têm maior capacidade infraestrutura e técnica² (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015).

Para assistência dos doentes que carecem de tratamento especializado, estes são transferidos para as unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Para efetivação destas, o Serviço conta com **07** ambulâncias alocadas aos Estabelecimentos Regionais Norte, Centro e Sul, Provinciais de Sofala, Especial de Máxima Segurança, Preventivo de Maputo e Escola Prática de Lhembe.

¹ Informação fornecida pela dra Maria Cacilda Manuel Chefe do Departamento de saúde e ambiente

² Informação fornecida pela dra Maria Cacilda Manuel Chefe do Departamento de saúde e ambiente

Importa salientar que a capacidade de alojamento dos EPs é limitada aliada a infraestruturas antigas e degradadas com deficiências no sistema de saneamento o que afetam a higiene e a saúde nos Estabelecimentos Penitenciários.

A superlotação nos EPs constitui um grande problema para o sistema penitenciário quando a população reclusa supera a capacidade real do estabelecimento o que resulta em parte na violação dos direitos humanos. A superlotação é devida na sua maioria pelo crescimento da população reclusa devido ao excesso de detenções de indivíduos preventivos, falta de políticas ou lacunas nas políticas para a legalização da prisão.

Com isso, a consequência imediata desta entrada excessiva de indivíduos nos EPs é a falta de espaço, dificuldade para a classificação e separação de reclusos consoante o crime, dificuldades para garantir uma boa reabilitação, mas também a superlotação inabilita a instituição em prover alimentação adequada, bom saneamento e serviços de saúde adequados o que aumenta a incidência de doenças. O crescimento da população penal requer o aumento do pessoal no geral desde os agentes penitenciários como também profissionais de saúde para atender a demanda.

2 SITUAÇÃO PROBLEMA

A população reclusa moçambicana tem crescido exponencialmente desde o ano de 2005 até o ano 2015 sem o devido acompanhamento do desenvolvimento infraestrutural. Em 2005 os Estabelecimentos Penitenciários (EPs) abrigavam **11.173** reclusos, 2008 com **12.925**, em 2012 o número de reclusos ascende para **15.879**, em 2013 para **15.127**, 2014 com **14.895** e em 2015 com **15.955** reclusos o que representa um aumento em 42,7% de 2005 a 2015. Segundo o relatório do Serviço Nacional Penitenciário (SERNAP) no primeiro semestre de 2016 a população reclusa era **17.710** (64% condenados e 36% preventivos) para uma capacidade de internamento de **8.118**, sendo que 97% da população reclusa é do sexo masculino e maioritariamente jovem.

De acordo com os dados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação Sobre o VIH e SIDA em Moçambique - INSIDA (2009), a taxa de seroprevalência para o VIH e SIDA é 11.5% e a da Tuberculose (TB) 553/100 mil habitantes.

Outrossim, do estudo realizado sobre Avaliação da Situação de HIV, ITS e TB e as necessidades de saúde nos ambientes penitenciários em Moçambique, a taxa de seroprevalência do VIH nos reclusos é 24% e 18.5% nos funcionários e a prevalência da TB foi de 1.5% nos reclusos (MOÇAMBIQUE, 2013).

Dos diagnósticos da situação sanitária nos EPs efetuados pelo Serviço dos Cuidados Sanitários em 2013 e 2014 constatou-se a degradação acentuada das infraestruturas, falta de equipamento médico-cirúrgico, tempo limitado de assistência, deficiente saneamento do meio, alocação de recursos humanos com capacidade assistencial inadequada, baixa imunidade, stress que provêm da situação de encarceramento, má alimentação, ausência de meios de ambulâncias, falta de medicamentos, qualidade dos cuidados e tratamentos médicos difere de EP para EP, a existência de doenças no meio da população reclusa tais como o SIDA, Tuberculose, Infecções de Transmissão Sexual (ITS), Malária, a não testagem do condenado a entrada no EP para determinar se é portador ou não de alguma doença torna o ambiente penitenciário propício à proliferação de doenças (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015).

Do conjunto das diferentes enfermidades as doenças transmissíveis constituem o principal problema de saúde em meio penitenciário. Esta situação é deveras preocupante porquanto estes cidadãos se beneficiam nos termos da Lei de saídas precárias ou administrativas, liberdade condicional e definitiva. Em qualquer dessas situações de Direito a que se encontre o recluso, este regressa a convivência comunitária, podendo gerar repercussões na dinâmica social na transmissão e reinfeção e do próprio.

Conjugando com as taxas de prevalência associados aos índices de infecção por VIH e a Tuberculose, parece-nos pertinente que o sistema penitenciário deve ter o conhecimento da situação de saúde do recluso e efetue o seu seguimento.

Os estudos concluem que as determinantes de saúde negativas referidas anteriormente que influem sobre a saúde do recluso, demonstram que a atenção à saúde da população reclusa não é muitas vezes compatível à atenção à saúde da população geral, a estrutura e os processos da atenção à saúde nos estabelecimentos penitenciários de Moçambique são fortemente influenciados por contextos político-organizacional e externos inadequados e desfavoráveis concorrendo para a fragilidade do sistema penitenciário moçambicano de prover uma atenção à saúde adequada à sua população.

O problema identificado consiste na ineficácia do sistema penitenciário moçambicano de prover uma atenção à saúde adequada à sua população e deste modo responder a seguinte questão: **A atenção para saúde está sendo implementada nos Estabelecimentos Penitenciários de Moçambique?**

3 JUSTIFICATIVA

Segundo Marconi (2000), a justificativa consiste em contribuir mais directamente na aceitação do pesquisador. Ela deve ser sucinta mas completa das razões directas ou indirectas de ordem teórica ou prática que tornam o estudo necessário. Aqui pretendemos ressaltar a importância e necessidade de se avançar com o trabalho.

Abordar a atenção à saúde do recluso em Moçambique é um tema sensível e pouco explorado, embora seja de extrema importância conhecer e compreender o ambiente sanitário penitenciário de modo a criar estratégias de ação e melhor intervir. Deste modo, o querer compreender o que não é relatado fez com que surgisse o tema.

Com a prossecução das ações de reforma e com objetivo de melhorar gradualmente a assistência sanitária os Ministérios da Justiça e do interior assinaram em 2004, um memorando de entendimento com o Ministério da Saúde que prevê no seu conteúdo a prestação dos cuidados de saúde aos reclusos doentes nos estabelecimentos de detenção e nas diferentes cadeias do país. As partes acordaram dentre várias áreas as seguintes: a) Assistência médica e técnica; b) Concepção de programas e execução de projetos; c) Fornecimento de equipamento hospitalar e meios de tratamento; d) Abastecimento de medicamentos e outro material preventivo; e) Apoio na formação do pessoal paramédico; f) Reabilitar e ou desenvolvimento de infraestruturas físicas para a prossecução dos objetivos do acordo.

Considerando que a população privada de liberdade possui uma importância epidemiológica devido as precárias condições e a superlotação existentes nas prisões, mostra-se necessário perceber como é a atenção à saúde prestada a este grupo populacional no sentido de melhorar a qualidade da atenção, tendo em conta que este recluso provém da comunidade e na mesma voltará.

A superlotação existente nos EPs de Moçambique constitui um desafio ao sistema porque não permite o cumprimento íntegro das Regras mínimas para o tratamento do recluso que preconizam que cada dormitório não deve ser ocupado por mais de um recluso e em casos de superlotação que esta seja temporária. Contudo, apesar desse e de outros desafios existentes, é de suma importância a realização deste estudo que vai contribuir na identificação de situações que podem estar a contribuir para a não prestação de serviços de qualidade para a população reclusa como também a criação de bases para a realização de pesquisas científicas.

A escolha e a definição de objeto da dissertação advém das inquietações que a autora tem relativamente a de se prover uma atenção à saúde adequada à população penitenciária. Outrossim, para além da expectativa da autora igualmente pode-se sinalizar, neste caso, o interesse da sociedade e do SERNAP cujas aspirações residem em objectivar e humanizar o sistema penitenciário, com foco no respeito da dignidade humana da pessoa condenada.

Considerando que as condições que dão existência a formulação do problema, a pertinência deste estudo reside na necessidade de perceber como é a atenção à saúde prestada aos condenados no EPP de Maputo, no sentido de melhorar a qualidade da atenção, tendo em conta o respeito e garantia dos direitos do condenado.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Se considerarmos a necessidade do sistema penitenciário melhorar a atenção e qualidade de saúde do recluso constitui objectivo geral do presente trabalho realizar um estudo de viabilidade da avaliação da atenção a saúde dos reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo (EPPM).

4.2 Objetivos Específicos

- i. Descrever as estruturas e os processos da atenção à saúde no EPPM e desenvolver um modelo lógico;
- ii. Descrever os contextos externos e organizacionais que interferem na atenção à saúde no EPPM;

- iii. Desenvolver uma análise estratégica da atenção a saúde aos reclusos do EPPM a fim de verificar a viabilidade da avaliação.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, vamos apresentar os principais marcos teóricos e estudos científicos que permitem conhecer e atualizar os estudos realizados acerca da temática em voga. Para esta parte buscou-se referenciais atuais e pertinentes sobre o tema estudado, num processo vital e indispensável de busca de conhecimento como forma a responder uma determinada questão (BENTO, 2012).

5.1 As Bases do Sistema Penitenciário e os Processos de Encarceramento

De acordo com a (Arruda et al.,2015), durante a Idade Média a Lei penal previa crueldades e a punição imposta não era proporcional ao dano cometido e sem nenhuma consideração ao ser humano. Não existiam prisões, as pessoas regiam-se pelo Código de Hamurabi ou *Lei do Talião* (olho por olho, dente por dente), segundo a qual quem prejudicasse o outro deveria sofrer na mesma proporção do dano cometido ou seja, a pena ou castigo deve ser igual ao crime cometido.

Silva (2009), afirma que a pena privativa de liberdade teve a sua origem na Igreja, com a prática de castigar os fiéis com a pena da *penitência*. O indivíduo era privado da liberdade e isolado de qualquer contato humano, sofrendo e meditando, enquanto isso a alma era regenerada e penitenciada. A igreja teve forte participação para a amenização da aplicação das penas.

De acordo com (Sarkin, 2008), a prisão:

(...) não é uma instituição nativa de África. Como tantos outros elementos da burocracia africana de hoje, ela é um resquício dos tempos coloniais, uma importação europeia destinada a isolar e punir oponentes políticos, exercer superioridade racial e administrar punições capitais e corporais.

(SARKIN, 2008:1).

Fragoso (1977), indica que por volta de 1552 um velho castelo em Bridewell, Estados Unidos da América, foi transformado em local de abrigo para vagabundos dentre este grupo existiam os que tinham má conduta e de difícil correção daí que em 1575 este passou a chamar-se *House of Correction*, surgindo assim o primeiro presídio no mundo.

Nascimento (2010), sinaliza que o primeiro sistema penitenciário que se destacou foi o da Filadélfia, criado no presídio de Waimut Street Jail, estado de Pensilvânia nos EUA em 1790, também conhecido como sistema celular. O Sistema Filadélfia tinha como atribuição o isolamento do recluso em cela e com a obrigação deste ler a bíblia e realizar orações, com absoluta abstenção a bebidas alcoólicas e sem comunicação com os outros.

Mais adiante surge o Sistema de Auburn como alternativa ao sistema celular, criado em 1818 em Auburn também nos EUA, este era conhecido como *Silent System*. Uma das grandes premissas deste sistema era a crença de que o trabalho dignificava o ser humano e através destas atividades exercidas reabilitava o condenado, fazendo com que este recuperasse a sua dignidade perdida e que estivesse apto para ser inserido na sociedade. *Estes dois factores fizeram com que surgisse a pena privativa de liberdade: a prisão para penitenciar e o desperdício de mão-de-obra*, (SILVA, 2009). Começam assim a surgir as prisões e os sistemas penitenciários.

Para Nascimento (2010), com a evolução dos sistemas surge o Sistema Progressivo, este que é o que vigora atualmente em muitos países. Surgiu nos finais do séc. XIX, mas a sua utilização só foi realmente efetivada depois da 1ª Guerra Mundial. Este sistema tinha como objetivo a reabilitação e reinserção do condenado sem aplicar punição severa.

O sistema reduziu o rigor na aplicação da pena privativa de liberdade, também estimulava a boa conduta do condenado com a reforma moral do indivíduo, outro aspecto importante é a possibilidade deste poder estar dentro da sociedade antes do fim da pena, aqui estamos perante o surgimento da liberdade condicional.

Para Goffman (1974), a prisão conhecida também como cadeia é um local destinado ao confinamento de pessoas privadas de liberdade e com a missão de proteger a sociedade dos indivíduos perigosos como também reeducar os detidos para que possam ser reintegrados na comunidade. Uma vez privado de liberdade este individuo esta sob-responsabilidade de uma autoridade que exerce sobre ele sua soberania e perde automaticamente o seu poder de tomar decisões, competindo a esta autoridade garantir todos direitos inerentes a sua cidadania.

Silva (2009), diz que existem diferenças entre Sistema e Regimes Penitenciários que são necessários conhecê-los, pois enquanto o Sistema tem a ver com medidas administrativas, os Regimes são formas de administração das prisões e os modos como são executadas e cumpridas as penas.

Segundo Bueno³ (2006: 743), *pena é fazer sofrer um determinado indivíduo por ter cometido um delito, é uma punição, sofrimento, desgraça.*

Na visão de Foucault (1999), as prisões foram criadas para serem verdadeiros *depósitos humanos*, de indivíduos estigmatizados e privados dos seus direitos, ampliando-se a punição para além da pena aplicada. O autor acrescenta referindo que a iniquidade no acesso às políticas públicas potencializa as vulnerabilidades e sobressai a relação de poder do Estado na dominação dos apenados que estão sob a sua guarda.

5.2 Determinantes Sociais, Desigualdades e Iniquidades no Sistema Penitenciário.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) 2007 considera que a saúde não se refere somente à ausência de doenças, mas também ao estado de completo bem-estar físico, mental e social. A condição de saúde e de vida da população também está vinculada ao saneamento, alimentação, cuidados de saúde; ou seja, está vinculada a fatores condicionantes e determinantes da saúde.

Os Determinantes Sociais da Saúde são fatores sociais económicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

(BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Kolling, Silva, Sá (2013) reafirmam que alguns Determinantes Sociais de Saúde (DSS), tais como a educação, saneamento básico, nutrição, condições higiénico-sanitários, deficiente assistência médica, entre outros, são relevantes para o quadro sanitário no sistema prisional e não somente a disponibilidade e qualidade dos Serviços de Saúde.

³ Bueno, Silveira. 2006. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. 32. Ed. Compacta. São Paulo: Lisa.

Os fatores individuais são importantes para pessoas que habitam em aglomerados porque se encontram sujeitos a um risco maior. Estes fatores individuais estão relacionados com os DSS que de algum modo promovem iniquidades de saúde, daí que (DAMAS, 2012), considera que a reabilitação⁴ do condenado não pode ser separada das condições de vida e de saúde nas prisões.

Moreira (2012), considera que as condições de vida da população reclusa impossibilitam o acesso à saúde de forma efetiva e integral. Deste modo, ambas são importantes, porque afetam o modo como as pessoas se comportam, sendo assim, a prisão a que os reclusos estão sujeitos determina o seu *modus vivendi*.

Ademais as condições de saneamento e higiene precárias, celas mal ventiladas taxas elevadas de superinternamento são situações que contribuem para a deterioração das condições de vida desta população, vinda muitas vezes de comunidade desfavorecidas e com problemas de saúde antes da sua prisão.

Kolling, Silva, Sá (2013) consideram iniquidades em saúde as diferenças dispensáveis e evitáveis e que são simultaneamente injustas e inconvenientes. Estas iniquidades em saúde têm como origem os DSS porquanto aumenta a vulnerabilidade da população reclusa a várias doenças, aumentando as taxas de morbi-mortalidade, o que é agravado pela falta ou ausência de informação científica destas doenças (epidemiológica).

Para Assis e Jesus (2012), no geral a população penitenciária tem dificuldades ao acesso dos serviços de saúde⁵, primeiro porque o ambiente penitenciário é restrito para os profissionais de saúde e segundo as queixas dos reclusos não são valorizadas pelos guardas prisionais e isto gerar iniquidades de acesso aos serviços comparativamente com a outra população extramuros.

Ao compartilharem da mesma ideia, (ASSIS; JESUS, 2012), referem que situações desiguais devem ser tratadas desigualmente, neste caso priorizando os reclusos que são os mais necessitados. De modo a criar equidade, há uma necessidade de incrementar ações de promoção

⁴ Em Moçambique a Reabilitação e Reinserção Social da pessoa privada de liberdade é garantida pelo Serviço de Reabilitação e Reinserção Social. Este, depara-se com insuficiência de recursos humanos principalmente Psicólogos Clínicos que assumem papel preponderante no processo de Atendimento Individualizado do condenado. O direito ao acesso a serviços de saúde deveria ser parte integrante do programa de reabilitação do condenado, porque uma pessoa doente difícil será a sua recuperação.

⁵ De notar que a Constituição da República de Moçambique (CRM) de 1990, revista em 2004, no Art. 89 afirma que todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da Lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública. Já no n.º 1 do Art.116 assegura que o Estado promove a extensão da assistência médica e sanitária e a igualdade de acesso de todos os cidadãos ao gozo deste direito. A assistência médica e sanitária aos cidadãos é organizada através de um Sistema Nacional de Saúde que beneficie todo o povo moçambicano.

de saúde, melhorar a atenção à saúde do recluso de forma que esta seja igual ao que acontece no extramuro.

A situação de reclusão coloca a população reclusa em situação vulnerável pela concentração excessiva de pessoas no mesmo espaço, situação esta que acumula a carga de maior frequência de distribuição de doenças com maior incidência de doenças infecciosas. As condições de saúde determinam diferenças de morbi-mortalidade dos reclusos.

Garcia-Guerreiro e Marco (2012), considera que o excesso de pessoas em um mesmo espaço, respirando o mesmo ar e falando ao mesmo tempo, sem privacidade, dividindo conversas, choros, constitui uma severa agressão à saúde mental e psíquica do recluso. Além disso, partilhar a cela tem efeitos na saúde do recluso podendo este, tornar-se agressivo devido a falta de privacidade, ele fica mais ansioso. Por outro, a partilha de cela pode ser benéfica porque evita o isolamento, reduz a frustração e conseqüentemente os casos de suicídio.

Martins (2013), refere que as condições de internamento são consideradas anormais e degradantes, não somente pela sobrelotação das celas mas também pela falta de saneamento e higiene que determinam por si só, uma ofensa à integridade física e moral do encarcerado, sem descurar a tendência deste em contrair doenças. O autor conclui afirmando que o descuido com as ações mais básicas de saúde também é uma porta aberta para a entrada de doenças.

Diuana et al. (2008), aliam esta questão às desigualdades sociais, afirmando que as condições de saúde são mais notórias em lugares onde os níveis socioeconômicos são baixos e este perfil é que caracteriza a população reclusa que provem na sua maioria de comunidades desfavorecidas e com problemas de saúde antes da reclusão.

Com estas condições de saúde descritas os reclusos estão vulneráveis a uma série de riscos dentro do EP. A vulnerabilidade é um indicador de iniquidades e da desigualdade social.

Uma vez mais (KOLLING; SILVA; SÁ, 2013), chamam atenção na necessidade premente e urgente de quebrar os muros que separam a sociedade dos encarcerados, devendo-se criar pontes de “fraternidade⁶” onde as condições da prisão são iguais da sociedade geral.

De acordo com Comoane (2009), governantes e decisores tem-se descuidado das necessidades de assistência a saúde dos reclusos, pelo facto de não se mencionar as prisões nas normas e leis sanitárias vigentes no País. De acordo com o Guia da Organização Mundial da Saúde (2007), para que aconteça a promoção da saúde em prisões, é preciso que *a política de saúde na prisão esteja integrada com a política nacional de saúde e a administração pública deve estar estritamente ligada com os serviços de saúde oferecidos na prisão.*

Jólluskin et al. (2014), salientam que a população reclusa apresenta um nível expressivamente inferior a restante população, sendo que muitas pessoas que se encontram em situação de reclusão têm o seu primeiro contato com o serviço Nacional de Saúde quando ingressam no EP, não tendo tido anteriormente nenhum cuidado preventivo nem assistencial.

5.3 A Atenção à saúde e a Vulnerabilidades nos Estabelecimentos Penitenciários

Para Arroyo e Astier (2003), a saúde penitenciária é compreendida como toda atividade exercida no Estabelecimento Penitenciário com vista à prevenção e restauração da saúde das pessoas privadas de liberdade. Ainda, estes autores referem que não existe uma uniformidade nos sistemas penitenciários do mundo para prover atenção a saúde aos reclusos, cada sistema atende a população reclusa de acordo com a legislação vigente.

Durante o período colonial nas prisões moçambicanas, conforme o Decreto-Lei 26.643, de 28 de Maio 1936 efetuava-se uma observação do indivíduo encarcerado à entrada com objetivo de identificar as medidas de higiene e verificar se tem ou não uma doença contagiosa que obrigue ao isolamento.

Este Decreto peca por não descrever como esta população recebia os cuidados de saúde, somente na secção II dos art. 99 a 101 menciona que, nos locais onde existam prisões-sanatórios

⁶Fraternidade é o laço de união entre os homens, fundado no **respeito** pela dignidade da pessoa humana e na **igualdade de direitos** entre todos os seres humanos.

e prisões-hospitais, as prisões-sanatórios eram para os reclusos com tuberculose (TB) ou predispostos a esta doença e as prisões-hospitais para os reclusos doentes e que necessitavam de tratamento ou convalescença demorada.

Ainda no mesmo período, o Decreto-Lei n° 39.997 de 29 de Dezembro de 1954, em vigor em Portugal ultramarino, estendeu-se para as províncias ultramarinas, Moçambique, Angola, Guiné-Bissau, Cabo-Verde e Guine Bissau, alterando significativamente o regime prisional instituído pelo Decreto-Lei n° 26.643 de 28 de Maio de 1936, criando área de assistência sanitária, neste caso as chamadas enfermarias, que a sua área de funcionamento era determinada pela lotação do Estabelecimento Prisional e pela existência ou não na região de um Hospital – Prisão para assistência aos encarcerados.

Hernández-Fernández e Arroyo-Cobo (2010), consideram que a assistência à saúde nas prisões Espanholas evoluiu para uma assistência quase igual ao que é atenção à saúde da sociedade. Possui uma equipe de profissionais de saúde para atender as necessidades dos reclusos (médicos, enfermeiras) e que podem ter serviços de especialistas dependendo do tipo de assistência requerida. Esta atenção à saúde penitenciária tem como objetivo principal, detectar e tratar as diferentes patologias do meio penitenciário, o que melhora a saúde de todo um conjunto da população penal que é considerada vulnerável.

Cruz, [S.d.]; Diuana et al.(2008), referem que o atendimento médico dentro dos Estabelecimentos para os reclusos pode ser negado ou facilitado pelo agente penitenciário dependendo da boa vontade, violando assim o direito de acesso dos reclusos a assistência à saúde. Normalmente esta é uma população que sofre discriminação e desprezo pela sociedade. Daí que a atenção à saúde a este grupo é indispensável não somente pelas condições habitacionais e higiénicas existentes, mas também, pela falta de atividades de promoção e prevenção dentro dos EPs.

Parada (2013), considera que a assistência à saúde prestada pelo pessoal clínico ou de saúde centra-se na relação existente entre o provedor e o seu paciente, que consiste numa relação de ajuda, cujo objetivo desta atenção é manter a saúde, prevenir e tratar a doença. O clínico ao cuidar estabelece uma relação com o utente na qual devem ser considerados os valores, ideias, preconceitos, crenças.

Para (Ribeiro; Silva, [SD]) a atenção à saúde no sistema penitenciário envolve a saúde dos reclusos e dos profissionais, inculcando o uso de normas educativas nas áreas de prevenção e promoção da saúde nos EPs. Nesse processo devem estar envolvidos todos os intervenientes do EP. Estas e outras acções são para proporcionar que aconteça a atenção à saúde no Sistema Penitenciário.

Na perspectiva de (Diwana et al., 2008) a atenção à saúde do recluso é essencial e fundamental para o controle da transmissão de doenças, considerando que estes não estão isolados do meio exterior tem contatos com os profissionais que trabalham nos EPs, com as famílias através das visitas ou quando são soltos. Neste contexto (Arruda, 2013) considera que o tratamento inadequado de uma doença infecto-contagiosa ou outras infecções não controladas representam uma ameaça à Saúde Pública.

Moller et al. (2007), define os Sistemas de atenção à saúde como uma combinação de ações cujo desígnio fundamental é promover, reparar e preservar a saúde de uma população obtendo um nível óptimo de saúde, a provisão e a prestação de serviços seguros, efetivos e eficientes para todos cidadão (OMS, 2007).

Sá (2002), define a atenção à saúde como um conjunto de ações de saúde que podem ser do âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Estas duas definições se complementam porque se baseiam nos mesmos princípios e valores do atendimento e garantindo o bem-estar dos pacientes.

Concomitantemente, (Zanon, 2000:15) refere que uma atenção a saúde de boa qualidade é aquela que apresenta *um diagnóstico definitivo da doença, tratamento atualizado e consentido pelo paciente, cumprimento da medicação prescrita, internamento sem ou com mínimo de infecções intra-hospitalares e com atendimento a menor custo.*

Estas definições se complementam porque se baseiam nos mesmos princípios e valores do atendimento ao recluso.

Para garantir uma boa atenção a saúde no Estabelecimento Penitenciário as instalações devem

(...) estar devidamente equipadas para prover a consulta e o devido tratamento ao recluso. Suprimento adequado de medicamentos apropriados e administrados por um farmacêutico. Instalações de fisioterapia e reabilitação pós - terapêutica. Regimes alimentares especiais que possam ser identificados como necessários do ponto de vista médico.

(COYLE, 2002:64)

Assunção⁷ apud Sousa et al. (2013), acrescenta que uma das limitantes é a não disponibilização de uma equipe multidisciplinar para garantir a atenção à saúde e salienta ainda que o atendimento se reduz basicamente à urgência além de não haver ações de prevenção das doenças e promoção da saúde.

Por outro lado (PARADA, 2013), considera que o papel do profissional de saúde deve ser o mesmo dentro do Estabelecimento Penitenciário e extramuros, o que difere são as características do meio em que se encontram, onde a Lei é que prevalece no EP e não o querer ou vontade do recluso ou do pessoal de saúde, com grande dependência da vontade do agente penitenciário, para abertura das celas para observação dos doentes, embora uma das Regras Mínimas das ONU o profissional de saúde *deve visitar diariamente todos os reclusos doentes, os que se queixem de doenças e todos aqueles para os quais a sua atenção é especialmente chamada.*

Prosseguindo (Parada, 2013) considerando que as capacidades intelectuais deste pessoal são chamadas de modo a identificar problemas, fazer um diagnóstico para que se possa realizar um tratamento para a solução dos problemas de saúde existentes. A falta de infraestruturas para o funcionamento das unidades sanitárias e a dependência do guarda prisional são fatores que dificultam a realização das atividades assistenciais nos Estabelecimentos Penitenciários.

Autores como (Souza; Passos, 2008) e (Diwana et al., 2008) mostram que existem limitações para atenção à saúde do recluso como a presença do guarda prisional, por outro consideram que estes estão igualmente inquietados com a sua própria integridade física,

⁷ ASSUNÇÃO, C. H. V. **A saúde da mulher:** a situação das encarceradas do Presídio Feminino de Florianópolis. 2010. 64f.

considerando o recluso como o portador e transmissor de doenças, o que aumenta a distância entre o recluso e o agente penitenciário.

Destacar, no entanto que devido a esta atuação a Reforma Penal Internacional uma organização não-governamental com estatuto de consultora das Nações Unidas recomenda que: *para o recluso ter assistência médica sempre que precise, os agentes penitenciários devem receber uma formação adequada, de modo a tratarem com seriedade as queixas dos reclusos, e permitirem o pronto acesso destes aos serviços de saúde* (BRASIL, 2001).

Em Moçambique e reconhecendo esta fragilidade foi assinado um Memorando de Entendimento entre os Ministérios da Justiça, Interior e o da Saúde que prevê a afetação de profissionais de saúde para assegurar a prestação de cuidados de saúde curativos e preventivos através das Direções de Saúde nos EPs caso estes não tenham médico privativo, e para os que têm internamente um Posto de Saúde, garantir o abastecimento regular de medicamentos e material médico-cirúrgico necessário.

Moreira, Fávero e Maciel (2010), comungam a mesma ideia referindo que prestando uma boa atenção à saúde dos reclusos, pode resultar em impactos positivos na qualidade de vida geral do estabelecimento; ao contrário, se a atenção à saúde é inadequada, este ato pode ser caracterizado como sendo um tratamento desumano para os reclusos. Note-se que estes são considerados um grupo socialmente vulnerável com desvantagens em várias esferas e com dificuldade de acesso a serviços sociais no geral, falta ou baixa escolaridade e falta de trabalho ou emprego em particular a falta de acesso aos serviços a atenção à saúde.

No que tange a vulnerabilidade (AYRES et al., 2006) consideram que esta é a possibilidade de um indivíduo estar exposto a um determinado agente e também de contrair uma doença. É uma condição que está diretamente relacionada com o indivíduo, mas não são somente aspectos individuais, como também os coletivos, contextuais que fazem com que a pessoa seja mais susceptível a infecções e doenças onde há maior ou menor disponibilidade de recursos.

Prosseguindo, (Ayres et al., 2006) referem que a vulnerabilidade pode ser considerada em três dimensões interligadas: Dimensão Individual, Social e Programática ou Institucional.

- i. **Dimensão Individual**, os indivíduos são susceptíveis de se infectar ou adoecer de acordo com o modo ou a maneira como vive, também considerando o grau de informação que o indivíduo tem, capacidade de interpretação dessa informação e transformá-la em uma ação de prevenção.
- ii. **Dimensão Social**, inclui ações individuais tais como o acesso a informação, o conteúdo da mesma, o interesse da pessoa por essa informação e colocá-la em prática, isto tudo tem muito a ver com a inserção deste indivíduo na sociedade onde vive. Estes fatores definem e constroem a vulnerabilidade individual.
- iii. **Dimensão Programática ou Institucional**, nesta são avaliadas as circunstâncias sociais tais como a saúde, educação bem-estar social e cultura reproduzindo ou aprofundando as condições de vulnerabilidade. O diagnóstico da vulnerabilidade e a elaboração de ações interventivas deve sempre ter em conta o indivíduo e o ambiente social perante os serviços disponíveis. As condições de confinamento, assistência sanitária deficiente, ventilação deficiente, são fatores que aumentam a vulnerabilidade das pessoas a doenças.

Para (Sánchez; Leal; Laruzé, 2007) a vulnerabilidade refere-se à probabilidade de exposição das pessoas a contrair doenças, como resultante de um conjunto de aspectos que afetam imediatamente ao indivíduo, mas que este tem um contato com o coletivo uma vez que há uma relação intrínseca entre eles.

Diuna et al. (2008), a este propósito considera que ao se abordar as condições de vulnerabilidade dos reclusos ampliam-se as incertezas em relação a assistência à saúde considerando que esta está ligada a saúde, aos problemas da saúde e o sistema prisional é considerado em muitos países como um problema de saúde pública.

Nesta senda dificilmente se pode abordar a vulnerabilidade sem falar do Risco. Embora exista uma inter-relação entre vulnerabilidade e risco, porém existe uma diferença entre eles.

Segundo Ayres⁸ (1997 apud Nichiata et al. (2008) fazendo uma interpretação do processo Saúde-Doença, pode se considerar o risco como uma probabilidade de um indivíduo contrair uma doença como consequência de fatores individuais, enquanto a vulnerabilidade é uma condição que indica a existência real de iniquidades e desigualdade social. Estas iniquidades e desigualdades dentro dos EPs que já foram referenciados nos parágrafos anteriores.

Ao considerar que na população prisional interferem fatores como a deficiente ou falta de informação sobre medidas preventivas e deficiente acesso aos serviços de saúde, a vulnerabilidade nesta população aumenta fazendo com que sejam importantes as ações educativas de modo a evitar a proliferação de doenças infecto-contagiosas (BARATO et al. 2011).

Aryes et al. (2006:2-4) asseveram que, para que o indivíduo tenha uma informação, processá-la e transformá-la em ação não depende somente de aspectos individuais, mas sim, também, *do acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, estar livre das coerções violentas ou poder defender-se delas.*

Por outro lado (Martins, 2013) refere que a informação é um fator a ser considerado e bastante importante, mas a questão da educação é primordial. No ambiente prisional segundo o mesmo autor é evidente a baixa escolaridade ou até mesmo o analfabetismo deste modo não tem nenhum valor ou significado que o recluso esteja informado, mas sem conseguir processar a informação recebida, e isto deve motivar a Direção do Estabelecimento e os profissionais de saúde, a incentivarem ações de educação para saúde para reduzir a vulnerabilidade destes no ambiente que vivem.

Segundo (Nichiata et al., 2008) consideram que o termo vulnerabilidade está relacionado a saúde e aos problemas de saúde é importante o conhecimento das implicações que produzem na saúde dos que são vulneráveis neste caso os reclusos, identificando quais as necessidades de saúde com o objectivo de garantir a sua proteção.

Kolling, Silva, Sá (2013), adiantam que as precárias condições em que os reclusos vivem aliados a deficiente alimentação e ao encarceramento podem aumentar a vulnerabilidade destes

⁸Ayres JRCM, Secretaria de Estado de São Paulo/ Programa de DTS/AIDS. Vulnerabilidade e AIDS: Para uma resposta Social a epidemia. Bol Epidemiol. 1997; 15(3):2 – 4.

as doenças ou outros males. Estas condições também concorrem para a propagação de doenças infecto-contagiosas aumentando o risco, o que exige que a assistência à saúde a este grupo de indivíduos seja uma atividade sempre presente dentro dos Estabelecimentos Penitenciários.

A atenção à saúde nas pessoas privadas de liberdade adquire igualmente uma importância especial, ocasionada entre outras razões, pela vulnerabilidade que apresentam e o aparente distanciamento da responsabilidade estatal com suas vidas. Desse modo com alto grau de compromisso dos serviços e programas, tendo recursos disponíveis e com as competências técnicas, podem-se reduzir as vulnerabilidades dentro dos EPs apostando nas ações de promoção e prevenção.

6 METODOLOGIA

6.1 Desenhos do Estudo

No campo metodológico, este estudo de Viabilidade da Avaliação da Atenção à Saúde, está alicerçado em um **estudo de caso único** com abordagem qualitativa. Sendo um trabalho de natureza qualitativo que pretende aferir **a Viabilidade da Avaliação da Atenção à Saúde dos reclusos**, sentimo-nos com a liberdade de fazer as escolhas metodológicas segundo as exigências internas do objecto de pesquisa

Goldenberg (2004), define o estudo de caso como sendo aquele em que o problema a ser estudado é considerado como um todo e que reúne maior informação usando diferentes técnicas de pesquisa. Por outro lado (Yin, 2009) refere que o estudo de caso é uma investigação empírica, uma estratégia selecionada com objetivo de averiguar factos ou acontecimentos contemporâneos tendo como propósito responder a duas questões, o “como” e o “porque” de se alcançar determinados resultados a partir de uma intervenção.

O estudo de caso é o ideal para esta pesquisa por ser um método que combina diferentes técnicas de recolha de dados e permite fazer um cruzamento da informação recolhida (GIL, 2008). Para tal, usou-se a técnica de revisão documental, observação direta e preenchimento de um questionário semiestruturado. A escolha deste último possibilita que os respondentes tenham

maior liberdade e não se sintam influenciados pela pesquisadora pelo papel que ocupa dentro do Serviço Penitenciário.

Ainda, (Gil, 2008) na sua abordagem aponta algumas desvantagens do estudo de caso, porque sendo único caso a ser estudado, fornece pouca informação para ser considerada uma generalização científica. Todavia, (Yin, 2009) refuta esta afirmação explicando que o estudo de caso são projeções teóricas onde o que se pretende fazer são generalizações analíticas e não estatísticas.

Um Estudo de Viabilidade da Avaliação (Avaliabilidade) segundo (BEZERRA et al., 2012), antecede a etapa de avaliação propriamente dita e consiste em entendimentos entre os envolvidos sobre o objeto e busca consensos da necessidade ou não da realização da avaliação. De acordo com (Thurston; Potvin, 2003), este tipo de estudo possibilita entendimentos aprofundados sobre o objeto da pesquisa e uma apreciação prévia das possibilidades de sua avaliação.

Ainda, (Bezerra et al., 2012), referem que a realização deste estudo de Avaliabilidade permite a preparação de um ambiente favorável para avaliações futuras criando oportunidades para a utilização dos resultados pelos principais intervenientes.

Para (Bezerra et al., 2012), um estudo de avaliabilidade deve conter os seguintes passos: Delimitação do programa com a identificação de metas; objetivos e atividades e Construção do modelo lógico tendo em consideração os recursos disponíveis, atividades e a escolha do desenho de avaliação.

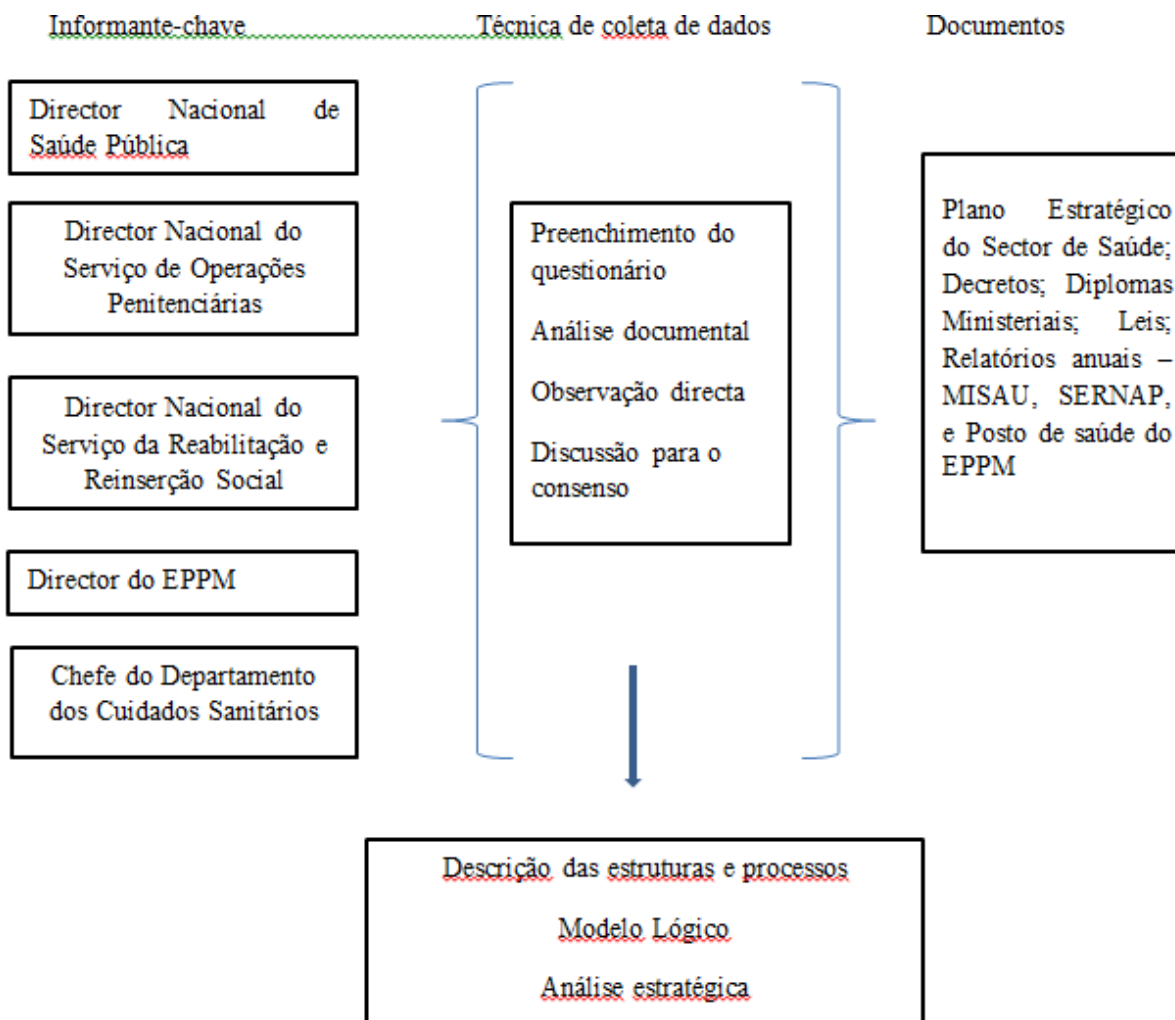


Figura – Estrutura do estudo de avaliabilidade (adaptada a partir de Oliveira (2014))

6.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo. Este se situa na Província de Maputo, sul de Moçambique com uma extensão de 22.693 Km² e 1.205.709 hab. (censo 2007). Possui oito distritos, dois municípios, quatro EPs, sendo 3 EPespecias para Jovens no Distrito de Boane, para Mulheres e de Máxima Segurança.

É um estabelecimento classificado em função da sua natureza como Estabelecimento Penitenciário de cumprimento de pena com uma capacidade de 800 camas.

A população reclusa no EPPM é de cerca de 3000 internos, maioritariamente jovens, com um grau de escolaridade baixo e proveniente das zonas rurais e Peri-urbanas.

As condições que se encontram sujeitos os reclusos são desumanas, isto devido ao espaço físico que é exíguo, pouca ventilação associado ao superinternamento existente no EP. Este ambiente a que os reclusos são submetidos é igualmente considerado insalubre.

A atenção à saúde inadequada cria condições para o surgimento de doenças infecto-contagiosas da pele, aparelho digestivo, respiratório e doenças de foro psiquiátrico (depressão, ansiedade e outras ligadas ao stress) (LDH, 2013).

A diarreia, malária, dermatites, Infecções das vias respiratórias superiores, TB, Hérnia inguinal e Cárie dentária são as doenças que mais assolam o EPPM, sendo que o VIH e SIDA algumas vezes associado a TB constituem a principal causa de morte neste EP.

6.3 Técnicas de Pesquisa

Privilegiamos as seguintes técnicas de pesquisa: análise documental, observação directa e questionário.

a) **Análise documental**

Teve-se em conta a análise de documentação institucional legislação, e os relatórios do SERNAP e MISAU, que versam sobre a matéria em apreço. Gil (2008), afirma que a análise documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda possam ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa, como é o caso de documentos oficiais, os relatórios elaborados nas instituições e dados estatísticos.

b) **Questionário semi-estruturado**

O questionário é um documento que garante o anonimato das pessoas questionadas e pode ser respondido de acordo com a sua conveniência, contudo tem as suas desvantagens por não permitir uma melhor explicação das questões ao respondente caso não entenda a pergunta, se for extenso pode não ser respondido (GIL, 2008). Este instrumento foi administrado a pessoas que detêm cargos de direcção e chefia, responsáveis de áreas e funcionários do MISAU e SERNAP.

c) **Observação directa**

Segundo (Gil, 2008), a observação é um elemento importante para a realização da pesquisa, que o pesquisador obtenha a informação diretamente em primeira mão sem precisar de qualquer intermediário. Gil (2008), afirma que na observação directa o pesquisador permanece alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observando de maneira espontânea os factos que aí ocorrem. Neste procedimento o pesquisador é mais um espectador do que actor.

A escolha deste tipo de observação, deveu-se ao facto de este permitir que os dados sejam registados a medida em que os factos vão ocorrendo, de forma espontânea sem a devida preparação, pois a melhor ocasião para o registo é no local onde a atividade é desenvolvida.

Esta técnica consistiu na observação dos diferentes colaboradores do SERNAP, funcionários e reclusos.

6.4 Coleta e análise de dados

O presente projeto de pesquisa foi submetido ao comité Nacional de Bioética em Saúde de Moçambique e aprovado através do parecer nº34/CNBS/2016.

O estudo teve um carácter confidencial e a identidade dos participantes foi mantida em anonimato e resguardada.

Para a realização do estudo, observação direta e preenchimento dos questionários no EPPM, DNAM, SERNAP, Hospital e Serviços de Saúde, Mulher e Ação Social da Matola (SSMAS) foi com prévio consentimento e autorização da Direção Geral do SERNAP (anexo nº 01) com o conhecimento do EP, Ministério da Saúde e da Direção Provincial de Saúde de Maputo (Anexo nº 03 e 06).

Os questionários respondidos pelos informantes chave foram antecidos por uma explicação dos objetivos da pesquisa e pela assinatura do Termo e consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (anexo nº 08). Para o preenchimento dos questionários e observação direta no posto médico do EPPM foi submetido um pedido de autorização à direção Geral do SERNAP e igualmente para a coleta de dados no Hospital Geral da Machava e Serviços de saúde, Mulher e

Ação Social da Matola solicitou-se autorização à Direção Provincial de Saúde de Maputo (anexo nº 04 e 06).

Os dados foram coletados através de fontes primárias e secundárias. Os dados primários foram obtidos através de questionários e observação direta, usando instrumentos semiestruturados. Ainda, os dados secundários foram consultados o Decreto-Lei 26.643, de 28 de Maio 1936, Diplomas Ministeriais, relatórios anuais do MISAU, Ministério da Justiça, SERNAP, EPPM, Hospital Geral da Machava e SSMAS da Matola.

O uso do questionário auto-aplicado não nos permitiu aprofundar mais as perguntas como forma de obter mais informações principalmente os entregues aos informantes chave, compreender as alterações emocionais que possam ocorrer ao deparar-se com uma determinada pergunta.

Ao considerarmos o baixo nível de escolaridade existente entre os reclusos e o tempo para a realização da pesquisa não foi possível incluir os reclusos. Embora reconheçamos a importância que eles têm, afinal são os principais beneficiários da assistência à saúde.

Não houve dificuldades para obtenção dos relatórios nas instituições, porém estes não continham informação sobre a atenção ao recluso, com a exceção dos relatórios do SSMAS da Matola que mencionam a assistência dada a esta população, mas estes dados estão agregados (reclusos do EP de mulheres, Máxima Segurança e do EPPM). Esta agregação não nos permite saber quantos reclusos transferidos do Posto Médico do EPPM para as unidades exteriores são atendidos e quais as principais doenças que fazem com que o EP transferira reclusos. Esta omissão pressupõe que não existe uma preocupação com o perfil de doenças que esta população reclusa apresenta, mas sim com números absolutos de atendidos.

O Hospital Geral da Machava é a unidade de saúde mais próxima do EPPM com capacidade de internamento e de realizar exames complementares de diagnóstico, porém não apresenta nos seus relatórios nenhuma informação sobre a pessoa reclusa.

O Serviço de Saúde Mulher e Ação Social da Matola é uma instituição administrativa que tem a responsabilidade de coordenar as ações de todas US de um determinado distrito. Neste

contexto o SSMAS da Matola coordena as atividades do centro de Saúde de Ndlavela unidade sanitária que assiste os reclusos do EPPM.

A distribuição dos questionários foi realizada por uma assistente de pesquisa, dos vinte e oito (28) questionários entregues foram preenchidos e devolvidos a assistente vinte e um (21), e sete (07) não devolvidos conforme ilustra a tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de questionários

<u>Tipo de questionário</u>	<u>Nº questionários distribuídos</u>	<u>Nº questionários respondidos</u>
Informante chave (Gestores do MISAU e SERNAP)	06	05
Posto Médico	02	02
EPPM	02	02
HGM e C. S. Ndlavela	18	12
Total	28	21

Todos instrumentos de recolha de dados foram testados com objetivo de avaliar a sua validade e precisão. Foram feitas alterações no questionário após o piloto referente ao pessoal do posto médico.

A observação direta segundo (Gil, 2008), é uma componente fundamental para a pesquisa, porque proporciona ao pesquisador o contato com a realidade. Esta observação foi feita somente no posto médico local que permitia também uma visualização de uma parte do recinto prisional. O registo foi feito no diário de campo, mediante a utilização de um roteiro previamente elaborado (apêndice B).

As visitas ao posto médico exigiram inicialmente de uma revista e verificação dos pertences com entrega de telefones celulares ao pessoal de segurança. Nos dias subsequentes o comando recebeu orientações da direção do EP e passamos a não sofrer revista à entrada. Não foi necessário deixar o nosso documento de identificação individual por tratar-se de um estabelecimento que só interna indivíduos do sexo masculino. A observação direta foi realizada

nos diversos compartimentos do Posto médico, no gabinete de consultas do médico, do enfermeiro, sala de tratamentos, farmácia, sala de observações e no corredor.

A seguir no quadro nº 1 está uma representação esquemática do estudo com a metodologia usada para a coleta de dados e a respectiva fonte de dados.

Objetivos Específicos	Coleta	Fonte de Dados
1. Descrever as estruturas e os processos da atenção a saúde no EPPM e desenvolver um modelo lógico;	Análise documental; Observação direta – Checklist Questionário semiestruturados aos informantes chave (Gestores do MISAU e SERNAP), aos profissionais de saúde e pessoal da direção do EP.	Plano Estratégico do Sector de Saúde; Decretos; Diplomas Ministeriais; Leis; Relatórios anuais – MISAU, SERNAP, e Posto de saúde do EPPM
2. Descrever os contextos externos e organizacionais que interferem na atenção a saúde no EPPM;	Análise documental; Questionário semiestruturado aos profissionais de saúde do posto médico, HGM e SSMAS da Matola	Relatórios dos Serviços de Saúde, Mulher e Ação Social da Matola
3. Desenvolver uma análise estratégica da atenção a saúde aos reclusos do EPPM;	Análise documental Questionário aos informantes chave (Gestores do MISAU e SERNAP), profissionais de saúde do posto médico, HGM e SSMAS da Matola.	Decretos, Diplomas Ministeriais, Leis, Relatórios anuais – MISAU e SERNAP Gestores do MISAU, SERNAP-sede;

Quadro 1 - Representação esquemática da metodologia

No concernente a transcrição dos questionários e do diário de campo, estes foram transcritos através do texto corrido para subsequente análise do conteúdo.

Análise do conteúdo segundo (SILVA; FOSSÁ, 2013), é uma técnica de análise de comunicação usada principalmente em estudos qualitativos com objetivo de analisar o conteúdo das entrevistas, documentos e da observação participante fazendo uma inferência sobre os dados coletados.

Esta compreende três etapas: a) Pré – análise; b) Exploração do material; c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise foi feita a sistematização das ideias iniciais e estabelecidos indicadores para uma melhor interpretação da informação coletada. Enquanto que na fase de exploração do material foi feita a construção da codificação, classificando as informações coletadas em categorias simbólicas.

Os participantes foram identificados pelas letras PM para os profissionais do posto médico, PD pessoal de direção do EPPM, IC informante chave e PS profissionais da saúde do SNS e a enumeração é de acordo com a arrumação dos questionários.

Para análise dos dados usou-se o método de triangulação, que significa que o pesquisador tem um determinado ponto de vista sobre um determinado assunto e precisa compreender os outros de modo a posicionar-se em relação a esse assunto (AZEVEDO et. Al, 2013).

Para divulgar os resultados do estudo sobre a Viabilidade da Avaliação da Atenção a Saúde, compartilhar as lições aprendidas e comprometer os principais atores envolvidos serão utilizadas as seguintes estratégias: entrega da dissertação e realização de seminário para apresentação dos resultados ao MISAU e SERNAP; apresentação de trabalho em congresso nacional e internacional e publicação de artigo em revista científica.

7 RESULTADOS

Descrição do local do estudo

O *Campo Prisional da Machava*, ou ainda *Campo de Recuperação da Machava*, foi um dos dois campos de concentração, na zona sul do país, construído em 1964, com uma capacidade

de internamento para 800 condenados. A PIDE⁹ internou os moçambicanos suspeitos ou condenados por atividades «subversivas».

O ex-campo de concentração da Machava situava-se numa pequena elevação contígua ao vale do Infulene, a cerca de 7 km de Lourenço Marques (atual Maputo). Ao separar a zona da Cadeia Central da Machava (1975) da zona do campo de concentração existia uma cerca de rede com cerca de 3 m, encimada por várias ordens de arame farpado.

O campo de concentração era constituído por 8 pavilhões — construções baixas, compridas e isoladas umas das outras por pátios de terra solta. Nos pavilhões as celas distribuíam-se ao longo de um corredor central que vai de topo a topo. A dimensão das celas é normalmente de 2 x 3 x 3,5 m, havendo também celas maiores, com cerca de 3 x 12 x 3,5 m. As primeiras eram designadas por «celas individuais», o que não obsta a que, na maior parte dos casos, alojam 6 a 8 detidos. As celas maiores chegavam a alojar 50 detidos, embora a sua lotação prevista seja de 20.

A partir de 1975 com o advento da independência nacional este passou a designar-se por Cadeia Central de Maputo, designação que é alterada após a aprovação da Lei 3/2013, de 16 de Janeiro de 2013, para Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo (EPPM).

É atualmente constituído por um bloco administrativo, 1 Gabinete de assessoria Jurídica, 1 escola com 05 salas de aulas, 1 posto médico sem internamento, 1 cozinha, 10 pavilhões incluindo o pavilhão dos doentes da TB, 01 gráfica, 01 serralharia, 01 alfaiataria, 01 carpintaria, 01 tecelagem, 1 balneário externo, 1 local para receber as visitas dos familiares e o recinto geral.

Estrutura do Posto Médico e sua descrição

Com base na observação direta verificamos que o posto médico é um edifício antigo que necessita de obras de reabilitação, localizado fora da área administrativa, próximo às oficinas de viaturas. É constituído por dois gabinetes de consultas (um ocupado pelo médico e outro pelo

⁹ Organismo policial de natureza civil, dependendo do Ministério do Interior quanto à acção que desenvolve no Continente, Ilhas Adjacentes (Metrópole) e do Ministério do Ultramar quanto à acção que exerce nas províncias ultramarinas. A PIDE participa da Polícia, embora com um campo de acção distinto dos demais organismos policiais. A PIDE foi criada com a designação que tem actualmente pelo Decreto-lei n.º 35 046, de 22 de Outubro de 1945, mas a sua esfera de acção limitava-se ao território metropolitano, ou seja, ao território conjunto do Continente e Ilhas adjacentes.

enfermeiro), uma sala de tratamentos, uma sala de observações que também funciona como sala de espera, uma ala administrativa do posto, uma farmácia, um compartimento em obras segundo informações para sala de esterilização, possui duas casas de banho uma para o pessoal e outra para o uso dos reclusos, uma copa para os funcionários e uma sala onde fazem circuncisão médica. Existe um corredor com alguns bancos onde também sentam os reclusos a espera de entra na sala de tratamentos ou no gabinete do médico. No fim deste corredor tem um televisor pendurado na parede por onde os reclusos acompanham os acontecimentos do país e do mundo.

Constatamos a falta de um laboratório, uma sala para colheita de sangue, falta de uma sala de esterilização, embora se refira que há uma em obras, mas não se sabe quando estas terminam. Questionamos durante este período como é tratado o material que precisa de esterilização. Recebemos a informação de que o material é esterilizado no Hospital Geral da Machava (HGM).

Igualmente, foi constatado que, todo o posto médico não tem água corrente, usam baldes plásticos com torneira e um balde por baixo que permite a lavagem das mãos. Embora existam estas condições para a desinfecção das mãos, as mesmas não garantem uma boa biossegurança, principalmente no que refere a lavagem e desinfecção do material médico-cirúrgico.

“(...) Ampliar serviços tais como oftalmologia, pequena cirurgia, laboratório, estomatologia e afetação do pessoal correspondente” (IC1)

PROCESSOS DA ATENÇÃO

No domínio do funcionamento do posto observamos que este funciona das 7h:30m às 15h:30, porém as consultas terminam normalmente às 12:00h ficando o posto aberto até as 15h:30m para o atendimento de situações casuais. Após este horário ou durante o final de semana os doentes graves são transferidos para as US do serviço Nacional de Saúde e os não graves devem pela equipe de Saúde no dia seguinte. Os reclusos para receber assistência são acompanhados pelo chefe de saúde até ao posto às 7:00h.

O nome “chefe de saúde” é dado a um recluso eleito pelos outros e em coordenação com a Direção do estabelecimento e é elo de ligação entre os reclusos e a direção para garantir que

esta crie condições mínimas de assistência de modo a não violar os seus direitos. Também tem o papel de dar informações do posto médico, acompanhar os doentes ao posto médico interno, levantar e garantir a toma diária dos medicamentos da parte dos doentes.

O Posto médico funciona com um médico, dois enfermeiros gerais, uma agente Polivalente Elementar, uma servente que atende a farmácia e mais quatro agentes penitenciários que prestam apoio ao Posto médico.

No concernente ao número de profissionais de saúde para prestarem assistência no posto médico, todos os que responderam o questionário (profissionais de saúde do posto médico e elementos da direção do EPPM) consideram este insuficiente para a demanda o que não garante um atendimento integral, devido a ausência de pessoal de outras áreas tais como odonto-estomatologista ou psiquiatra. Questionados sobre o número ideal por categoria profissional responderam, vide o quadro 2:

<i>Categoria dos profissionais de saúde necessários</i>	<i>Nº de profissionais</i>
Médico generalista	02
Médico dentista	01 a 02
Técnico de Medicina	01 a 02
Enfermeiros	03 a 04
Assistente Social	01
Psicólogo	02
Psiquiatra	01 a 02

Quadro 2 - Nº de profissionais de saúde

Este número de profissionais propostos pelos funcionários do EPPM é ideal para a atual população reclusa e pode possibilitar uma assistência para além das 15h:30, a exemplo de outros países como o Brasil, Espanha entre outros onde a assistência é garantida por uma equipe fixa composta por médico, enfermeiro, odonto-estomatologista (dentista), psicólogo, assistente

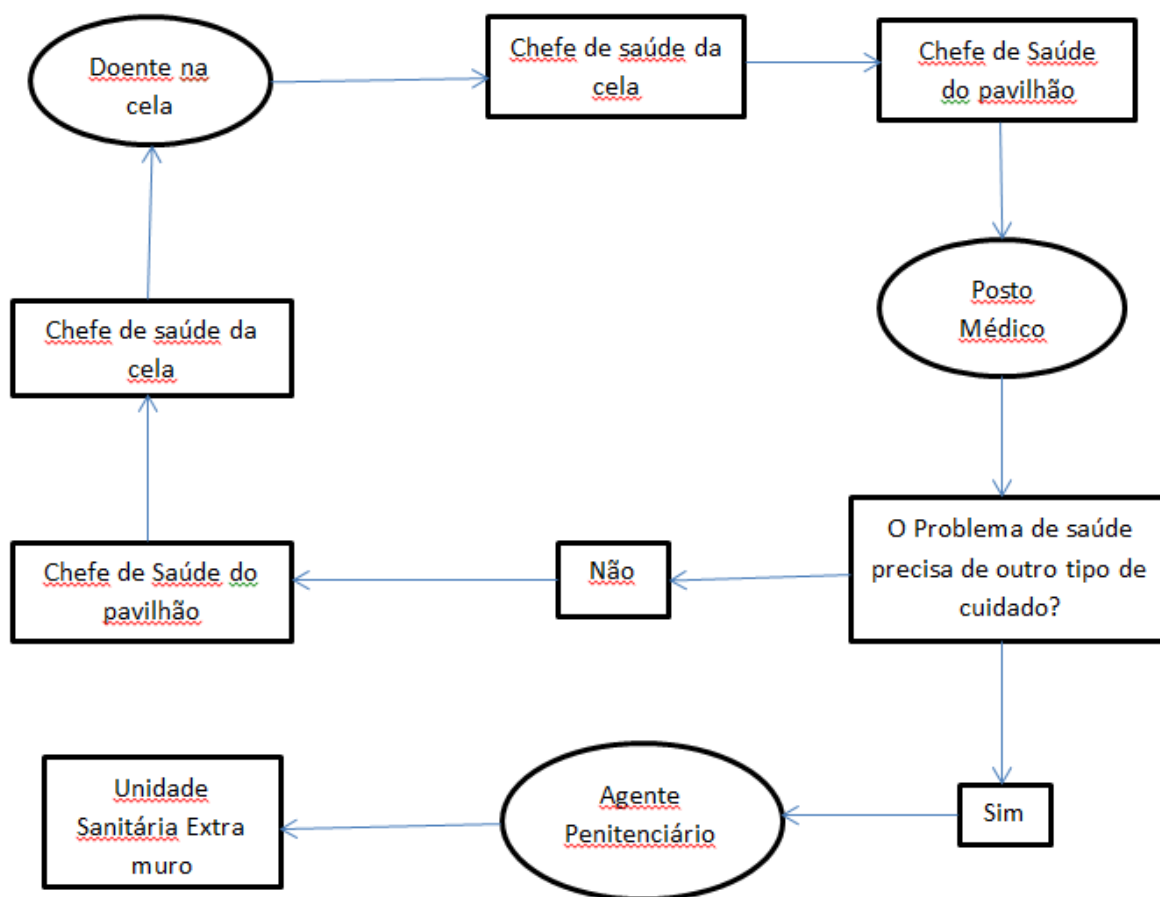
social, auxiliar de enfermagem para um determinado número de reclusos (ARROYO; ASTIER, 2003; COYLE, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Para o recluso ser admitido na consulta tanto do enfermeiro como do médico obedece a um determinado fluxograma que consiste na identificação do recluso doente pelo chefe da saúde e encaminhado ao posto de saúde, sem nenhum envolvimento do guarda penitenciário, este somente é envolvido na situação de transferência para os hospitais extramuros. É neste momento que sobressai a superioridade do guarda, onde ele pode afirmar que o recluso não está doente, é uma desculpa para sair do recinto, aliado a falta de transporte (ambulância), este recluso doente pode permanecer mais de doze horas a espera da transferência. Este entender do guarda atrasa a transferência, afeta o recluso agravando o seu estado de saúde, daí a fala dos profissionais de saúde,

“(...) Transferir a tempo os reclusos doentes para não chegarem em estado terminal nas US” (PS4)

“(...) Encaminhar a tempo os reclusos doentes para beneficiarem do tratamento, respeitar as referências feitas pela US para outros hospitais com cuidados completos” (PS5)

“(...) Transferir reclusos antepadamente” (PS8)



Fluxograma de atendimento dos Reclusos

O médico no EPPM tem a tarefa de coordenar as atividades clínicas, atender os reclusos que estão a fazer o Tratamento Anti-Retroviral (TARV) e doentes com outras patologias crónicas; os enfermeiros e APE fazem a triagem, atendem na sala de tratamentos, dão as injeções e fazem os curativos; Os doentes que tem situação de doença complicada são transferidos para o gabinete do médico.

No recinto prisional e no posto médico observam-se guardas penitenciários não armados, dispersos e alguns misturados com os reclusos o que demonstra que na verdade o sistema penitenciário tem a finalidade de reabilitar e reinserir o recluso sem meios intimidatórios, sem estigma nem discriminação. Os guardas, armas, grades e algemas, constituem um mecanismo de segurança dentro do estabelecimento e estes elementos são determinantes de como a equipa de saúde deve trabalhar ou fazer o seu atendimento.

a) Gabinete de consultas do enfermeiro

O enfermeiro que atende neste gabinete é um agente penitenciário formado em enfermagem geral, pelo Instituto de Ciências de Saúde. Seguindo a observação o gabinete é de dimensões reduzidas, com uma secretária e duas cadeiras, uma cama hospitalar para observação, tem na sua mesa um estetoscópio, formulário de medicamentos, um bloco de receitas (receituário), não tem balança e não tem termómetro.

b) Gabinete de consultas do Médico

O gabinete do médico é um compartimento pequeno com uma secretária, duas cadeiras, uma marquesa de observação, uma balança com altímetro, um esfigmomanómetro que é usado nos dois gabinetes de consultas, um bloco de receitas (receituário) e não tem termómetro nem otoscópio.

De acordo com a nossa observação, são atendidos no gabinete do enfermeiro 60 a 70 doentes e para o médico cerca de 30 doentes gerais e 10 de TARV por dia sendo segunda e sexta-feira os dias da semana com mais pacientes devido ao facto de no final de semana o posto não funcionar. O atendimento é feito sem nenhum tipo de privacidade, dizemos isto, porque tem sempre o chefe da saúde na sala de consultas a fazer o acompanhamento, perante esta situação os reclusos mostravam-se constrangidos por estarem a falar sobre a sua saúde perante outro recluso.

O recluso é perguntado o que sente e há quanto tempo tem a doença, é registado num livro de registo (nome, idade, pavilhão, diagnóstico e o tratamento a ser efetuado), não são avaliados os dados vitais dos doentes (Frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial), não se faz um exame objetivo para pesquisa de outros problemas que o recluso tenha. Mesmo referindo febre não se avalia a temperatura. Não se explica o diagnóstico nem o que provavelmente seja, não se pergunta se o recluso é alérgico a algum medicamento. Pacientes com tosse não são rastreados para a TB no gabinete de consultas. Esta fraca comunicação entre o profissional e o recluso contribui para a ineficiência do atendimento e pode provocar interpretações erradas entre os reclusos relativamente ao diagnóstico.

Um aspecto muito importante referenciado por (COYLE, 2002) é o direito a privacidade e confidencialidade durante a consulta médica e quando necessário por questões de segurança o guarda ou qualquer acompanhante pode estar num local visível mas fora do campo da audição.

Os profissionais que atendem no posto médico referem que o recluso à entrada apresenta-se com: *“contusões e ou escoriações como sinais da agressão fora do EP, ITs, seropositividade para o VIH e alguns com alteração psiquiátrica e outros com sinais e sintomas da TB”*. (PM1 e PM2)

Estes reclusos recém-chegados ao EP com ITS e outras doenças transmissíveis revelam que esta população ingressa com problemas de saúde e há uma necessidade de se garantir ações de educação para saúde e medidas de prevenção regularmente. Estas atividades são garantidas pelos Educadores de Pares no posto de saúde e no recinto. O Educador de Par é um recluso selecionado pela direção e formado para as áreas de prevenção, sinais e sintomas do VIH, TB, malária, direitos humanos e saneamento do meio e higiene. Estes Educadores de Pares também podem ser eleitos como chefe de saúde e tem como papel principal a sensibilização e mobilização de outros reclusos na adopção de medidas de prevenção.

No gabinete do médico são atendidos todos os casos de doenças crónicas, os que o enfermeiro não tem capacidade resolutive, incluindo os que precisam ser transferidos para uma unidade sanitária fora do EP. Somente os doentes que estão em tratamento anti-retroviral (TARV) são avaliados os dados vitais e possuem um processo clínico. O exame objetivo também não é feito a todos doentes.

O recluso ao ingressar no EP é submetido a uma avaliação médica, para definição do seu estado de saúde, faz-se anamnese, avaliação física, mental e pesquisa de doenças infeto-contagiosas incluindo as crónicas. Esta avaliação é acompanhada pelo preenchimento de uma ficha de entrada do recluso (anexo nº8), no entanto esta avaliação não é feita diariamente e também não são todas entradas que se beneficiam da mesma, uma vez que no EPPM ingressam mais de dez reclusos por dia, e com número insuficiente de profissionais de saúde não se consegue dar vazão a todos. Esta avaliação do recluso à entrada permite um diagnóstico rápido e precoce, possibilitando ao recluso ter acesso ao tratamento atempado e medidas de prevenção.

Esta atividade é também sugerida pelos nossos entrevistados que a consideram importante na identificação de doenças infecto-contagiosas e com a subsequente separação dos doentes:

“(...) Triagem à entrada dos reclusos incluindo rastreios permanentes e separação de reclusos por faixa etária” (PS10)

“(...) Visitas regulares dos médicos aos reclusos, triagem do recluso á entrada para diagnosticar doenças infecto contagiosas” (PS3)

Igualmente, estão em consonância com as recomendações das Regras de Mandela, art.30 que recomendam o atendimento à pessoa privada de liberdade sempre que possível à entrada deste no EP.

Quando o recluso doente é referido para a consulta do médico, após a prescrição da medicação não é explicado como vai tomar os medicamentos e o que está sendo receitado. A receita é entregue ao chefe de saúde que leva para a farmácia, cabe a este dar as explicações necessárias.

Cada chefe de saúde tem sob a sua guarda todos os medicamentos dos reclusos que estiveram na consulta, incluindo os anti-retrovirais. Com isto podemos afirmar que a falta dos serviços 24 horas no posto médico tem como consequência o mau aprovisionamento dos medicamentos dentro da cela e o não cumprimento do horário da toma da medicação. Á semelhança do que (Martins, 2013), reporta também no EPPM os medicamentos ficam sob guarda de alguém que não é profissional de saúde.

As principais queixas relatadas durante o atendimento foram: “Dor de Cabeça, febre, dor de estomago, diarreia, alergia, dor de dente aparecimento de manchas generalizadas no corpo.”

c) Farmácia

A farmácia é um compartimento de dimensões reduzidas que não permite uma arrumação adequada dos medicamentos. Os medicamentos são controlados e geridos por uma agente de

serviço (servente) não capacitada para o efeito, tem como de experiência dois anos como auxiliar na farmácia de uma das US do SNS.

Qualquer um dos funcionários do posto incluindo reclusos (chefe de saúde) tem acesso à farmácia, o que não garante uma boa gestão de medicamentos. Possui um ar condicionado que permite manter os medicamentos em ótimas condições de conservação, tem uma geleira onde se guarda a Vacina anti tetânica e oxitocina, este último depois é devolvido para a maternidade do centro de Saúde de Ndlavela.

Às sextas-feiras os chefes de saúde solicitam co-trimoxazol para os reclusos que estão em TARV para profilaxia durante o final de semana. Cada um conta os comprimidos e embala-os sem supervisão da responsável pela farmácia e não se confere a quantidade que cada chefe de saúde embala e leva consigo. O medicamento é registado num caderno com o número do pavilhão e a quantidade de medicamentos levantados. Este acto faz-nos perceber que existe uma má gestão dos medicamentos e outros consumíveis dentro do posto médico, será por falta de conhecimentos desta agente de serviço? Qual o papel das entidades que fornecem medicamentos ao posto médico?

Questionados sobre a supervisão para o Posto médico pelas entidades da saúde todos foram unânimes: *“nunca receberam nenhuma visita de supervisão”* esta situação também confirmada pelos profissionais de saúde do HGM e o Centro de Saúde de Ndlavela.

Durante a nossa observação um chefe de saúde entra na farmácia e pede comprimidos de complexo B á servente para um determinado recluso, e como não tinha na farmácia outro chefe responde que tem no pavilhão e que podia disponibilizar uma parte. As perguntas que fazemos são:

- ✓ Há quanto tempo este recluso, chefe da saúde tem este medicamento? Qual a validade deles?
- ✓ Que quantidades têm? Como os adquiriu?
- ✓ Em que condições esses medicamentos estão conservados?
- ✓ Para quem e em que circunstâncias foram prescritos?

- ✓ Que outros tipos de medicamentos existem nas celas e a mercê dos chefes de saúde?

d) Sala de observações

É uma sala também de dimensões reduzidas, que também serve de sala de espera para os reclusos que vão ao gabinete do enfermeiro, tem duas camas chamadas “tarimbas” usadas nas enfermarias de tratamento de cólera, sem nenhum lençol por cima, tem uma balança com altímetro, um banco onde sentam os reclusos.

Num dos dias da nossa observação estava lá um recluso doente deitado diretamente numa destas camas somente com a roupa do corpo e um lençol a cobri-lo. De acordo com o enfermeiro este recluso teve alta no dia anterior de um dos hospitais do SNS, mas que não tinha condições físicas para estar na cela pelo seu mau estado geral. Referiu que é frequente um doente grave ser transferido para um dos hospitais do SNS ser atendido no Serviço de Urgência e devolvido ao estabelecimento, esta situação demonstra uma clara negligência a assistência dada aos presos o que confirma os dizeres de Kolling et al.; (2013): *“não tratamos o recluso como um ser humano com direitos iguais a nós, o ser preso não significa perder a sua condição humana ou perder os seus direitos de cidadania”*.

e) Sala de tratamentos

Tem um enfermeiro e uma Agente Polivalente Elementar que atendem os reclusos que acorrem para fazer curativos, tomar injeção ou fazer o teste rápido de Malária. É uma sala sem utensílios para a desinfecção e arrumação do material, usa-se uma mesa coberta com um pano que não garante muita assepsia. Não tem material médico-cirúrgico suficiente para fazer curativos, tem somente um kit completo para fazer curativo o que nos faz pensar que nem sempre este material é esterilizado para ser usado, criando condições propícias para a transmissão do VIH tendo em conta que a prevalência do VIH nos EPs é maior que na população geral, outra doença não menos importante é a hepatite embora não existam estudos que relatam esta patologia no meio penitenciário moçambicano.

f) Sala de circuncisão

É uma sala com dimensões razoáveis para os procedimentos a serem efetuados, tem um candeeiro cialítico, uma marquesa de observação um armário metálico com um frasco de lidocaína, álcool iodado e testes de VIH, nesta sala realizam a circuncisão voluntária, após o aconselhamento e testagem para o VIH.

Os chefes de saúde e os Educadores de pares antes do início das consultas ministram palestras sobre vários temas de saúde com mais enfoque para o VIH e SIDA, saneamento do meio, higiene individual e coletiva sob supervisão dos profissionais de saúde. Esta atividade ocorre no corredor e sala de espera.

No que concerne as atividades preventivas e promoção de saúde, existe no posto médico expostos e afixados nas paredes materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC) sobre a prevenção da TB, VIH, doenças diarreicas, etc, todos escritos em língua Portuguesa. Contudo este material é ignorado, os reclusos passam por eles, ninguém presta atenção ao que está escrito.

Procurou-se entender em que consistem as actividades preventivas e de promoção de saúde:

“(...) Palestras educativas, inspeção diária ao recinto para verificar limpeza e higiene individual” (PD2)

“(...) Palestras para prevenção de doenças” (PM1)

“(...) Rastreio da TB trimestral” (PM1 e PM2)

“(...) Despiste mensal da TB para reclusos e funcionários” (PS7)

“(...) Sem vacinação da meningite” (PM2)

“(...) Sem distribuição de preservativos” (PD1)

“(...) Promover ações de capacitação dos técnicos, prevenção de doenças infecto-contagiosas e diabetes. Garantir a efetivação de higiene e alimentação” (IC3)

Os profissionais da saúde possuem um papel relevante na promoção da saúde quer seja pela distribuição de material educativo ou quer por palestras divulgando mensagens. É importante a divulgação da informação sobre o VIH e SIDA à toda população penitenciária

como forma de prevenir a transmissão do VIH entre este grupo, assim como proteger a comunidade em geral.

Em relação às doenças que os reclusos apresentam quando são transferidos para fora do EP 15 (quinze) profissionais do SNS citaram a SIDA, 13 (treze) a TB, 06 (seis) as pneumonias e as outras doenças como alteração psiquiátrica, psicoses, malária etc foram referidas por um e outro profissional. Vide o quadro 3 abaixo. Estes relatos reafirmam a importância das ações preventivas dentro do meio penitenciário.

Doença	Resposta	Doença	Resposta
TB	13	Psicose	03
Dermatites	02	ITS	04
Pneumonias	06	Alteração psiquiátrica	05
Sida	15	Feridas incisivas ou contusões	02
Malaria	04	Demência	02
Gastrite	02	HTA	01

Quadro 3 - Doenças mais referidas pelos profissionais

Os chefes de saúde e de pavilhão circulam dentro do posto médico e interagem entre eles e o pessoal do posto médico, confundindo-se com o pessoal uma vez que não estão uniformizados como reclusos e usam equipamento de proteção individual (máscaras cirúrgicas e luvas).

Por volta das 11h cada chefe de saúde desloca-se para o seu pavilhão para verificar se existe mais alguém doente ou que esteja debilitado e não consegue chegar ao Posto de saúde, nestes casos com recurso a uma maca transporta-se o recluso doente para o posto médico.

Igualmente, os guardas penitenciários são atendidos no posto médico e os principais problemas apresentados são cefaleias, febre e outros com queixas de ITs.

Às quartas-feiras há sempre uma fila de reclusos que são transferidos pelo enfermeiro para uma das US fora do EP para serviços de Estomatologia essencialmente para extração dentária, não existem ações preventivas.

A figura 2 apresenta o Modelo Lógico que foi elaborado a partir da análise bibliográfica, observação direta, preenchimento de questionários com os informantes chave, membros da direção do EPPM, profissionais da saúde do posto médico e das US do SNS. Esse modelo é composto pela estrutura, processos, produto, resultado e impacto do que compreende a atenção à saúde dos reclusos do estabelecimento penitenciário de Moçambique.

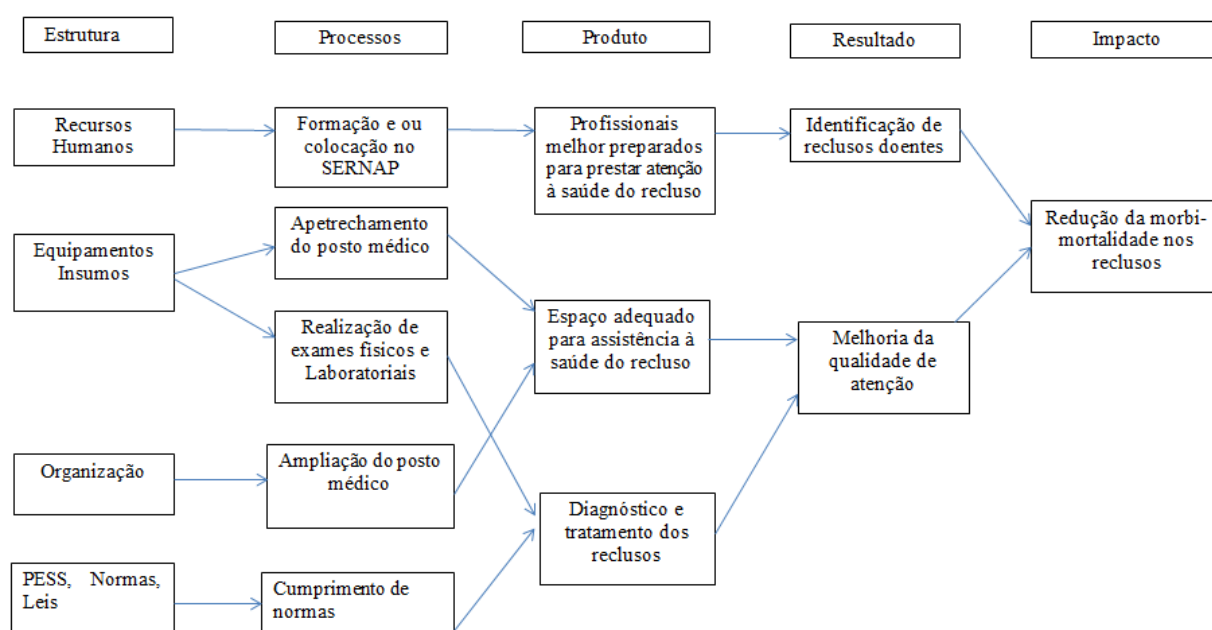


Figura 1 - Modelo lógico da Atenção à Saúde aos Reclusos do Estabelecimento

Ao analisar o modelo lógico constata-se que este Posto não cumpre integralmente as normas de biossegurança e de arrumação de uma unidade de saúde. Há falta de equipamento e insumos, mistura de material médico-cirúrgico com livros, pastas de arquivo.

Na situação em que o recluso precisa de tratamento mais diferenciado ou fazer um exame complementar de diagnóstico nas US do Serviço Nacional de Saúde este é transportado e escoltado numa viatura celular por falta de viatura tipo ambulância para o fazer.

Constata-se que a dinâmica do posto é mais curativa e com poucas atividades preventivas, não se faz um aconselhamento, conversa com o paciente em relação as doenças transmissíveis, principalmente o VIH e TB, de modo a consciencializar o recluso da existência destas doenças e quais os métodos de prevenção.

Contexto Externo

De acordo com o Plano Estratégico do Sector de Saúde de Moçambique (PESS 2014 – 2019), os principais determinantes de saúde em Moçambique são os altos níveis de pobreza, desnutrição crónica, nível baixo de escolaridade das mulheres, fraco acesso de água potável, saneamento de meio baixo e o reduzido acesso a serviços de saúde de qualidade, determinantes estes que também condicionam o estado de saúde da população reclusa e influenciam no aparecimento de doenças, o acesso e a utilização dos serviços de saúde (MOÇAMBIQUE, 2013).

Moçambique é um país ainda com altas taxas de analfabetismo, o Relatório de Revisão do Sector de Saúde 2012 (RSS), refere que a taxa de alfabetização em adultos é de 55% para as mulheres e 62% para os homens para uma população que vive em áreas rurais, estas taxas tem uma grande influência na conduta desta mesma população para a procura dos cuidados de saúde e da melhoria dos seus hábitos alimentares e de higiene (MOÇAMBIQUE, 2012).

Em relação à economia do país o Inquérito Demográfico e de Saúde 2011 (IDS) refere que Moçambique é um país basicamente agrário e muito rico em recursos naturais (gás natural e o carvão), e que 70% da população vive em zonas rurais e se dedica à agricultura. O País apresenta uma época seca (Maio a Setembro) e outra chuvosa (Outubro a Abril) e estas características determinam o padrão epidemiológico de algumas doenças tais como a meningite na época seca e malária, doenças diarreicas incluindo a cólera na época chuvosa. Este padrão epidemiológico influencia os indicadores do estado de saúde associado à insuficiência de necessidades básicas tais como a água potável, saneamento, nutrição, serviços de saúde entre outros (MOÇAMBIQUE, 2011).

Com o advento dos recursos minerais grandes investimentos, Mega Projectos (Sasol, Mozal, Areias pesadas de Moma, Riversdale, Anadarko e Vale Moçambique), estão a acontecer no país e com perspectivas para a recuperação e crescimento da economia. Dessa forma, Moçambique faz parte do bloco económico da SADC (Comunidade de Desenvolvimento dos

Países da África Austral), onde é atualmente considerado como um dos países com uma economia de crescimento rápido na região (MOÇAMBIQUE, 2011).

Em Moçambique as longas distâncias a percorrer para atingir uma US do Serviço Nacional de Saúde ainda constituem a principal barreira ao acesso de serviços de saúde, para além de que a qualidade de atenção aos utentes nestas US tem sido questionada. Conforme o Relatório da Revisão do Sector da Saúde - 2012 (RSS) do MISAU a fragilidade dos níveis de atenção mais periféricos deve-se ao:

- a) Desequilíbrio das equipas de saúde, destacando – se a baixa qualificação dos profissionais colocados nas regiões mais remotas;
- b) Infraestruturas em condições de conservação e higiene deficientes;
- c) Ausência de equipamentos básicos ou em mau funcionamento;

Os aspectos referentes ao perfil da população penitenciária geral e do EPPM, a escolaridade, condições de vida, ente outros onde o Sistema Penitenciário Moçambicano tinha até o 1º semestre de 2016 uma população de **17.710** reclusos sendo que **11.334** são condenados e os restantes preventivos correspondentes a **64%** e **36%** respectivamente e um número de estrangeiros que correspondem a **1.76%** vide tabela 2 (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2016).

Tabela 2 - Distribuição dos reclusos por tipo de reclusão, Moçambique - 1º semestre 2016

Recluso	Condenados	Preventivos	Totais
Nacionais	11.139	6.257	17.396
Estrangeiros	195	118	314
Totais	11.334	6.376	17.710
Percentagem	64%	36%	100%

Fonte: Adaptado na base do relatório semestral SERNAP – 2016

Cerca de 97% da população penitenciária moçambicana é do sexo masculino e mais de 50% desta população está na faixa entre 22 a 35 anos de idade e 1% de indivíduos com idades superior a 60 anos. A população penitenciária é composta por cerca de 1.76% (314) estrangeiros dos quais 118 em prisão preventiva e 195 em cumprimento de pena.

De acordo com os dados obtidos dos relatórios anuais uma das características da população reclusa moçambicana é a baixa escolaridade e na sua maioria são oriundos de zonas suburbanas e com crimes de delito comum nomeadamente: Furto Simples, roubo, falsificação e burla.

A população reclusa no EPPM é maioritariamente jovem, com idades compreendidas dos 16 a 35 anos, com um grau de escolaridade baixo e proveniente das zonas suburbanas. Dados obtidos através da fonte secundária muitos deles tem o nível primário, alguns secundários e somente cinco tem o nível superior.

Conforme temos observado, no geral a população reclusa moçambicana vem aumentando exponencialmente nos últimos tempos. Esse crescimento também está ocorrendo no EPPM onde no 1º semestre de 2016 a população reclusa do estabelecimento era 3.187 que é 4 vezes mais a capacidade total, conseqüentemente aumentam também, os problemas de alimentação, saneamento e outras dificuldades inerentes á reclusão. O quadro nº ilustra o crescimento da população reclusa no EPPM nos últimos cinco anos.

Período	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (1º Semestre)
População reclusa	1.654	1.908	2.115	2.303	2.402	2.834

Quadro 4 - População reclusa no EPPM (*Relatórios anuais do EPPM*)

Contexto Político-Organizacional do Estabelecimento Penitenciário

No domínio da estrutura organizacional, o EPPM através do memorando de entendimento assinado entre o Ministério da Justiça e o da Saúde, recebe apoio na área de assistência médica e exames complementares de diagnóstico nas unidades hospitalares do SNS, medicamentos, programas de rastreio da TB e testagem para o VIH.

Ainda, no 1º trimestre de 2016 o MISAU colocou no SERNAP três médicos Generalistas para prestarem assistência nos grandes EPs do País, dos quais um está no EPPM. Dentro desta parceria o MISAU concedeu nos Institutos de Ciências de Saúde cinco vagas por ano desde o ano de 2015 para formação do nível médio de Guardas Penitenciários em áreas de enfermagem e técnicos médios, foi também assinado um memorando de entendimento entre o SERNAP e o Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA) para formação superior. Estes quadros após a sua formação vão garantir assistência nos EPs e também criar condições de prestar assistência 24 horas.

O estabelecimento tem algumas parcerias com confissões religiosas que tem dado apoio espiritual e auxiliam na reabilitação do recluso, similarmemente tem parcerias com ONGs que apoiam nas atividades do saneamento do meio, construção de sanitários, formação dos Educadores de Pares, estes constituídos uma parte por reclusos e outra por funcionários com ações específicas para as atividades de promoção e prevenção de doenças principalmente para as áreas de VIH e TB. São estes educadores de pares que na sua maioria apoiam o Posto médico.

Os cinco informantes-chave do nível central (SERNAP e MISAU) ao responderem o questionário referem que “*o Posto Médico do EPPM não faz parte do Serviço Nacional de Saúde, mas sim do Sistema Nacional de Saúde e sem nenhuma correspondência hierárquica com as US*”, isto é, esta unidade de saúde não existe dentro das estatísticas do SNS.

Sendo esta, uma unidade que presta assistência à uma parte da população moçambicana e pela CRM, o sector público que é o Serviço Nacional de Saúde (SNS), constitui o principal prestador de serviços de saúde em todo território nacional é sua responsabilidade garantir assistência a este cidadão privado de liberdade, ademais o individuo estando na prisão esta sob a responsabilidade do Estado e neste caso o SNS representa o Estado.

No decurso da leitura dos questionários, percebemos qual o sentimento dos profissionais de saúde em relação à assistência aos reclusos e o desconhecimento da existência do memorando entre o Ministério da Justiça e o da Saúde daí o sentimento de que o recluso deve ser tratado por uma entidade diferente do SNS, eximindo-se da responsabilidade.

Igualmente, fazendo uma análise estratégica observamos que a atenção a saúde do recluso no EPPM é insuficiente e precário se considerarmos a demanda e o tempo de funcionamento do posto médico.

Sem pôr em causa as qualificações técnicas dos profissionais de saúde, mas a organização dos serviços, falta de equipamento médico e o tempo de atendimento (7:30 às 15:30) não garantem uma assistência integral, ficando os reclusos após este horário a mercê da sua sorte ou sob cuidados do chefe de saúde ou do guarda penitenciário também sem conhecimentos mínimos da área de saúde.

Mesmo havendo médico, enfermeiros, há evidências de grande carência destes profissionais de saúde para o elevado número de reclusos aliado a deficiente infraestrutura do posto médico, insuficiência de equipamento médico-cirúrgico e medicamentos impossibilitam a uma adequada prestação de serviços. Relativamente aos reclusos com perturbação mental poucos têm recebido uma avaliação psiquiátrica pelo médico psiquiatra ou psicólogo que presta assistência uma vez por semana.

Estes resultados do estudo indicam que o atual modelo de assistência não atende cabalmente os problemas de saúde dos reclusos. Neste contexto havendo uma visão clara das condições da assistência, julga-se pertinente a realização de uma avaliação.

Por conseguinte, dada a importância que a saúde tem e principalmente no contexto penitenciário devido a diversos fatores, tentou-se compreender que ações estratégicas podem ser assumidas para a melhoria da assistência.

“ (...) Considerando a saúde um direito fundamental e consagrado na constituição da República os reclusos tem direito a saúde e deve beneficiar de todas intervenções de Saúde

Pública porque depois da reclusão voltam a comunidade e podem correr o risco de transmitir doenças ou ficar infectado se não adaptarem medidas de prevenção” (IC5)

Na fala do entrevistado, percebeu-se que existe uma preocupação em o recluso usufruir o que está consagrado constitucionalmente, assim como na prevenção de transmissão de doenças para a comunidade, confirmando o que DIUANA et al. (2008) afirmaram no seu estudo.

Quando questionados que melhorias poderiam ser realizadas de modo a garantir uma boa assistência aos reclusos, mencionaram a questões de natureza administrativa (recursos humanos), estrutural (recursos materiais)

“ (...) Afetação do pessoal para assistência todo dia, ampliação do posto médico” (PM1 e PS9)

“ (...) Formação de quadros de Saúde, nos níveis médio e superior, melhorar infra estruturas das penitenciárias para redução do confinamento, melhorar postos de Saúde para melhorar o fluxograma do atendimento dos reclusos, apetrechamento em material médico e equipamento hospitalar, maior envolvimento do MISAU. Maior abertura dos gestores penitenciários na discussão e adoção de pacotes de Saúde oferecidos a população em geral” (IC2)

“ (...) Criação de uma área específica para internamento de reclusos nos hospitais. Construção de hospitais penitenciários e transferir casos pertinentes” (IC4)

“ (...) Construção de um hospital penitenciário para evitar fugas e confrontos entre reclusos e Guardas nos hospitais” (PS11)

“ (...) Construção de um Centro de Saúde penitenciário e apetrechamento com equipamento. Colocação de médicos enfermeiros, farmacêuticos e agentes serventuário” (IC3)

“ (...) Melhorar as infraestruturas, aumentar compartimentos, laboratório, ATS, garantir água potável corrente, aumentar número de profissionais, ter dermatologista, psiquiatra, oftalmologista, etc. Cirurgia, estomatologia e fisioterapia” (PM1)

“ (...) Aumentar o número de profissionais” (PD1 e PS8)

“ (...) Formação de quadros do SERNAP para atendimento sem quebrar a ligação com o sector de saúde nacional criar condições para assistência ao funcionário” (IC4)

“ (...) Colocação de mais médicos, 2 técnicos de Saúde, um dentista, um enfermeiro, um assistente social, um psicólogo clínico, ampliação do posto médico para garantir internamento” (PD1)

“ (...) Transporte apropriado para os doentes, construção de hospitais com capacidade de internamento, construção de manicómios e formação constante de técnicos de Saúde” (PD2)

As sugestões de índole administrativa resumiram-se à insuficiência de recursos humanos e a necessidade de formação e alocação de mais pessoal de outras áreas de especialidade, de modo a criarem-se condições para garantir um atendimento 24 horas por dia. Estas sugestões divergem com o que Kolling e colab. (2013) referem em relação ao aumento de profissionais especializados em uma determinada unidade não implica uma melhoria na assistência a saúde, mas sim existem outros fatores indispensáveis para a melhoria da qualidade de vida.

As sugestões de natureza estrutural relacionaram-se com o tamanho do posto, o tipo de serviços a serem prestados e a falta de recursos materiais. Relativamente às dimensões do posto foi referenciado anteriormente que era de tamanho reduzido com ausências de vários compartimentos úteis para uma boa funcionalidade do posto. A exiguidade de espaço físico, a carência de equipamento e outros materiais associados a insuficiência de recursos humanos constituem fatores que afetam e dificultam de algum modo uma boa prestação de cuidados de saúde aos reclusos no EP.

“ (...) Dada a especificidade da população reclusa sugiro que se organize um serviço de Saúde penitenciária que inclua ações de promoção, preventivas, curativas e reabilitativas em particular nos principais centros prisionais dotados de RH, materiais, financeiros e infraestruturas” (IC5)

“ (...) Previsão de uma parte do orçamento do SERNAP para área de cuidados sanitários, construção de uma unidade hospitalar penitenciária com internamento em cada região. Formação de reclusos com escolaridade em matérias de Saúde. Estabelecimento de um sistema de monitoria ” (IC2)

Estes pronunciamentos nos fazem perceber que não existe um serviço de saúde que garanta uma atenção completa à saúde do recluso. Também são divergentes em relação a fala dos outros participantes que relatam existência de atividades de promoção, prevenção no EP.

Esta falta de recursos materiais e financeiros e a insuficiência de profissionais geram precariedade no atendimento.

Hospital geral da Machava

É uma US do nível terciário, muito próxima ao EPPM, com internamento para doentes com TB, medicina geral e uma enfermaria de pediatria. Não tem um serviço de urgência que sirva como porta de entrada dos doentes externos, contudo os doentes com TB que dão entrada no Hospital Central de Maputo, Hospital Geral José Macamo entre outros e os que são residentes da Cidade da Matola e arredores do Hospital com doenças gerais são todos transferidos e internados nesta US, daí o facto de os reclusos receberem cuidados nesta, entretanto não existe nenhuma informação escrita do número de reclusos que foram atendidos nesta Unidade Sanitária ou se a mesma recebe ou não reclusos vindos do EPPM.

No relatório anual de 2012, esta US refere alta taxa de mortalidade devido a entrada de doentes em estado terminal, nestes estão ou não inclusos os doentes reclusos vindos do EPPM? Em geral os profissionais referiram que os reclusos chegam à US com mau estado geral ou debilitados, o que demonstra demora na transferência destes do EPPM para as US extramuros.

Segundo os relatórios consultados o hospital tem uma interação com a comunidade, através dos comités de saúde e os da cogestão mas não está incluída a direção do EPPM, é nossa percepção que existem assuntos que poderiam ser discutidos com a direção, no sentido de melhorar a assistência não somente dentro do hospital como também no EPPM. Um dos assuntos poderiam ser as transferências para fora do EP.

Serviços de Saúde da Mulher e Ação Social da Matola

Não foi possível obter os relatórios do Centro de Saúde de Ndlavela, que é uma unidade sanitária que também atende grande número de reclusos vindos do EP de Máxima Segurança,

Especial de Mulheres incluindo o EPPM porque estes são submetidos mensalmente ao SSMAS da Matola que compila a informação de todas US da cidade da Matola.

Igualmente não foi possível fazer revisão dos livros de registo dos anos anteriores porque estes não existem no arquivo porque são reutilizados para substituir blocos de receita em casos de rotura destes.

Os relatórios do SSMAS da Matola referem surgimento de doenças relacionadas com baixas condições de saneamento do meio e insuficiente abastecimento de água à população. Estes fatores influenciam ou não as condições de vida no EPPM?

Ainda, há relatos de realização de atividades preventivas referentes à área de saúde mental no EPPM com os seguintes temas: Epilepsia e seus riscos; uso de substâncias tóxicas (álcool, tabaco e drogas), esquizofrenia, violência doméstica e doenças mentais com os seus riscos. Assistidos 725 reclusos de todos EPs acima referidos. Não existe referência dos diagnósticos, tipo de doenças e tratamentos efetuados aos reclusos. Os dados não estão separados por estabelecimento penitenciário o que não permite identificar quantos reclusos são referenciados para as US extramuros e que patologias padecem.

8 DISCUSSÃO

Neste estudo de viabilidade de avaliação a triangulação dos dados possibilitou a confirmação dos achados e foi uma forma de agregar diferentes perspectivas, obtendo deste modo comprovação ou contradições entre os dados, permitiu também constatar que a atenção à saúde do recluso é um assunto não debatido e não incluso nas políticas de saúde do Serviço Nacional de Saúde, embora a população reclusa seja atendida nas unidades hospitalares circunvizinhas dos EPs. Não existe nenhuma referência, informação ou abordagem a este grupo populacional nos relatórios do MISAU no geral.

A desconexão entre o SERNAP e o MISAU possibilita que o atendimento ou atenção à saúde do recluso seja inadequada e insuficiente.

Os resultados apresentados mostram que a assistência ao recluso não é totalmente garantida pelo SNS e esta é feita em condições precárias, com infraestrutura degradada, ausência de água canalizada e insuficiência de recursos humanos qualificados, materiais e equipamentos médicos que comprometem a assistência do recluso (ASSIS, 2007).

Um aspecto de realce é a observação do recluso à entrada que permite a identificação de problemas de saúde mental, doenças infectam-contagiosas logo que este ingressa no Estabelecimento (MARTINS, 2013; RIBEIRO; SILVA, S.D).

Com base nos questionários observou-se que a atenção à saúde do recluso despertou uma preocupação dos profissionais de saúde, em querer que as condições para o tratamento do recluso vejam melhores dias. Os intervenientes apresentam várias propostas para a melhoria da assistência desde a área de infra-estrutura, aumento do pessoal, até alocação de equipamentos (PARADA, 2013).

O desconhecimento do memorando entre o Ministério da Justiça e o da Saúde pelos profissionais de saúde aliado a falta de uma política clara para a assistência à saúde dos reclusos não dispensa o dever de cuidar este grupo já excluído pela sua condição social. A saúde é um direito de todo cidadão consagrado na CRM e um dever do Estado provê-la, o recluso faz parte desta sociedade e devem ser atendidos pelos serviços de saúde.

A falta de registro ou desagregação da informação nas US, dificulta o conhecimento da real situação das doenças, que afetam este grupo populacional e pressupõe que nenhuma assistência é prestada aos reclusos nas US do SNS o que certifica o que (KOLLING; BATISTA; DULDEQUE, 2013), afirmam que a falta de informação científica das doenças no meio penitenciário agrava a sua condição de vulnerabilidade e demora na tomada de decisão.

Existem pontos divergentes com o que a literatura nos revela e a realidade no EPPM em relação ao fluxograma para o atendimento do recluso doente. Enquanto para Diuana et al, (2008) o guarda penitenciário desempenha papel preponderante (facilitando ou dificultando), para o acesso aos serviços de saúde, neste estabelecimento penitenciário o recluso somente tem contato com o guarda na eventualidade de uma transferência para fora do mesmo. Este papel do guarda de ser ou não facilitador pode estar a ser substituído pelo recluso chefe da cela ou do pavilhão porque não podemos esquecer que na prisão predomina a “ lei do mais forte” onde alguém que precisa de cuidados pode não ter acesso, havendo necessidade do pessoal da saúde fazer uma visita aos pavilhões para identificação destes casos.

No artigo publicado por (LE MARCIS, 2016), o autor descreve que os doentes mais fracos e com menores condições de pagar ao chefe dos reclusos são os menos capazes de ter acesso à assistência médica.

Na decorrência da pesquisa, observamos que a assistência à saúde no EPPM, ainda não é completa, como se pode depreender pelas transferências que são feitas para o serviço de estomatologia ou a realização de exames complementares de diagnóstico.

No que concerne ao fator de segurança, se por um lado, a literatura refere que a presença do guarda prisional interfere com o desenvolver de uma relação de um à vontade do recluso, em expressar o seu problema de saúde e o direito à confidencialidade; por outro, sublinham o sentimento de insegurança, devido ao fator perigosidade do recluso, privilegiando a presença do guarda prisional (SOUZA; PASSOS, 2008).

A presença dos chefes da saúde nas consultas constrange os reclusos e não possibilita que este exponha o seu real problema. Um papel importante é também exercido pelos Educadores de Pares no apoio nas palestras educativas e na sensibilização dos outros reclusos em relação às doenças que assolam o meio penitenciário, principalmente para o VIH e a TB.

A ação dos profissionais de saúde no EPPM enfrenta diversas dificuldades desde a precariedade das instalações, falta de equipamento até a superlotação, mas no entanto eles mantem-se serenos e tranquilos, o que estabelece uma relação de “confiança” entre os profissionais de saúde e os chefes de saúde (reclusos); Contrariamente ao que a literatura revela do medo que os profissionais de saúde têm dos reclusos de não poderem circular livremente, os reclusos neste EP demonstram respeito pelos profissionais, por este ser um local onde podem expor as suas preocupações e serem prontamente atendidas. Souza e Passos (2008), acham que a atuação da equipe da saúde dentro do EP serve como facilitador porque incentiva o recluso a falar sobre questões relacionadas com suas necessidades, e isto é considerado também como ação terapêutica.

Portanto, denotam-se como aspectos convergentes os problemas da superlotação das celas que os reclusos enfrentam, com o número a elevar-se cada vez mais, condição esta, que propicia a transmissão de doenças principalmente a tuberculose. (SILVA; SANTOS, [S.D]).

A pesquisa revelou que as atividades referentes à promoção de saúde, prevenção de doenças precisam de ser mais intensificadas, tendo em conta o problema da superlotação do estabelecimento e dos reclusos que dão entrada com situação ou suspeita de doenças transmissíveis. A literatura nos revela que estas doenças também são frequentes neste meio. Segundo a (LDH, 2013), a TB, ITs, VIH e SIDA são doenças que afetam a população reclusa moçambicana. A população prisional é mais vulnerável à infecção e ao adoecimento, por ser na maioria desfavorecida economicamente.

A falta de médico dentista (odonto-estomatologista) aliado à falta de ações de promoção e prevenção das doenças faz com que a extração dentária seja um ato frequente e prejudicial para os reclusos o que pode comprometer uma das principais funções a da mastigação.

A saúde mental é uma das áreas que é menos desenvolvida no EPPM, a falta de preparação específica dos profissionais de saúde afetos a este estabelecimento origina a uma falta de acompanhamento permanente dos pacientes com problemas mentais.

Martins (2013), menciona a baixa escolaridade ou até mesmo o analfabetismo que existe no seio dos reclusos, deste modo, o material afixado no posto não tem nenhum valor ou

significado, devendo a direção do EP e os profissionais de saúde apostar na comunicação verbal que será fundamental para a sua compreensão e mudança de atitude.

Enfim, a forma como está organizado o serviço, a insuficiência de profissionais de saúde não permitem que a assistência seja prestada todos os dias da semana incluindo período noturno ficando o recluso entregue a própria sorte ou sob cuidado do chefe de saúde ou guarda tornando o atendimento dramático.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo por tratar-se de estudo de caso e de avaliabilidade, trouxe elementos que possam contribuir para o desenho de uma futura avaliação da assistência à saúde dos reclusos. Muitos foram os achados, que apontam a necessidade de ajustes e adequação na estrutura e nos processos da atenção à saúde dos reclusos, do envolvimento de atores chave e de priorização na agenda da política de saúde do país. Contudo, há que se incorporar esforços de acompanhamento e avaliação da qualidade das ações existentes e indução para a implementação de novas.

Constituíram principais limitações à realização desta pesquisa, foi a insuficiência ou falta de informação nos relatórios do MISAU, com referência ao atendimento dos reclusos e ausência de estudos referentes a atenção a saúde dos reclusos em Moçambique. Assim como, a demora no início da coleta de dados devido à necessidade de aprovação do projeto pelo Comité de Ética e de outras instituições. Insuficiência ou falta de informação nos relatórios do MISAU, com referência ao atendimento dos reclusos; Ausência de estudos referentes a atenção a saúde dos reclusos em Moçambique. O uso do questionário auto-aplicado não nos permitiu aprofundar mais as perguntas; Investigar uma área na qual a pesquisadora tem responsabilidades sobre a sua execução. Exiguidade de tempo para a realização da pesquisa.

Para que os reclusos convivam em ambiente salubre existem competências que devem ser compartilhadas, evidentemente que a questão infraestrutural geral incluindo a construção dos postos de saúde compete ao Ministério da Justiça, mas o SNS tem a obrigação de equipar e alocar recursos humanos para garantir o atendimento segundo o que foi assinado no memorando.

Considerando que o EP é um ambiente conspurcado e superlotado, precisa de ações de promoção e prevenção de doenças urge a necessidade de criação de uma lei direcionada para atenção à saúde do recluso e com um maior compromisso do sector de saúde para garantir a atenção a este grupo.

Torna-se importante aumentar as ações educativas no EP e aproveitar a relação de confiança existente entre os profissionais de saúde e os reclusos.

A falta de uma política nacional de saúde atualizada em Moçambique que inclua a saúde penitenciária não permite uma orientação clara quanto aos procedimentos e ações que devem ser desenvolvidas em meio penitenciário quanto à promoção, prevenção e assistência médica dos reclusos. O problema de superlotação do EP associado a uma atenção à saúde inadequada cria condições para o surgimento de doenças infecto-contagiosas.

A função do guarda de retirar o recluso doente da cela para o posto médico é substituída pelo chefe da saúde dos reclusos, dando a este a “responsabilidade” de decidir pelos outros. Tendo em conta que na prisão predomina a “lei do mais forte” podem existir reclusos que necessitam de cuidados médicos e não têm acesso, havendo necessidade do pessoal da saúde fazer uma visita aos pavilhões para identificação destes casos.

Há uma terceirização ou delegação das atividades dos profissionais de saúde, principalmente nas de promoção, repassando estas para as mãos dos educadores de pares e ou chefe de saúde, criando um empoderamento destes no estabelecimento penitenciário e um “conforto” não somente para o pessoal da saúde, como também para os guardas.

Os profissionais de saúde do SNS não assumem na íntegra o seu papel de cuidador da saúde dos cidadãos.

Há uma necessidade do Serviço Nacional de Saúde assumir seu papel de cuidador da saúde de todos os cidadãos moçambicanos incluindo os reclusos. Assim como, os Ministérios da Justiça, Assuntos Constitucionais e Religiosos e o da Saúde devem conciliar esforços como forma de criar e harmonizar políticas que promovam e melhorem a saúde no sistema penitenciário.

São identificados como os principais problemas de saúde no ambiente penitenciário e motivo de transferência para os serviços extramuros o VIH, a TB e outras doenças infecciosas, os transtornos mentais, e as dermatites;

Dada a importância da atenção à saúde dos reclusos e a conclusão de que existe viabilidade para avaliação temos convicção de que estudos futuros serão levados a cabo, tendo em conta os pontos críticos levantados no presente estudo.

Dada a importância da atenção à saúde dos reclusos e a conclusão de que existe viabilidade para avaliação temos convicção de que estudos futuros serão levados a cabo, tendo em conta os pontos críticos levantados no presente estudo.

Como recomendação a partir do estudo realizado:

- ✓ Sugere-se a criação de materiais em diferentes idiomas do país e para diferentes grupos culturais para facilitar a percepção, e o material exposto deve ser simples e com linguagem clara e acessível.
- ✓ Aumentar o número de profissionais para garantir uma assistência 24h e o cumprimento da toma da medicação;
- ✓ Supervisão e apoio técnico regular pelo SNS para suprir as dificuldades em material médico e gestão de medicamento;
- ✓ Reabilitar e ampliar o posto de saúde de modo a melhorar a prestação de cuidados; Alocação de uma viatura tipo ambulância para transferência dos doentes imediatamente para as unidades sanitárias extramuros;
- ✓ Atualizar a política Nacional de saúde onde se deve incluir a saúde penitenciária.

Conclui-se, portanto que apesar da existência de diferentes contextos organizacionais, das condições precárias dos registos, da estrutura e processos no EPPM, existe viabilidade para a realização de uma avaliação da atenção à saúde dos reclusos deste EP que possa melhor orientar a adequação desta. Espera-se que esta avaliação inclua componentes da intervenção que possam ser úteis para a monitoria não somente para o EPPM como para os demais EPs.

Todavia com as reformas que estão a ser implementadas pelo sector, melhorias estão a surgir dentro do sistema penitenciário moçambicano, como se pode depreender com o aumento de profissionais de saúde que irão impulsionar a atenção à saúde, incrementar o rastreio das várias doenças infectocontagiosas.

REFERÊNCIAS

1. ARROYO, J.M; ASTIER, P. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. **Rev Esp Sanid Penit**, 5: 60-76, 2003.
2. ARRUDA, A.J. et al. Comprometimento da Saúde dos Presidiários pela Superlotação de Pavilhões Institucionais. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 11, 2015. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19818963&AN=110966627&h=%2FwcWmuSFQHPDGyj3XT1h6RkA6VugkCURVXvWp76lrOMjrfycji78RNEsb9vNMLnr4HSgqKWT5vCXorsP6lJAjg%3D%3D&crl=c>>. Acesso em: 4 ago 2016.
3. ARRUDA, A.j.C. **Saúde dos presidiários e direito social**: um estudo de caso na Unidade Prisional de João Pessoa, Paraíba, 2013. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13804>>. Acesso em: 4 ago 2016.
4. ASSIS, M.M.A; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Ciência saúde coletiva**, v.17, n°11 p.2865-2875, 2012.
5. ASSIS, R.D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, n. 39, p. 74 – 78, 2007. AYRES, J.R.C. CALANZAS, G.J; SALETTI FILHO, H.C; FRANCA-JÚNIOR,I. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: Campos, G.W.W; Minayo, M.C.S; Akerman, M; Drummond Júnior, M; Carvalho, Y.M (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006 p.375 - 417.

6. AZEVEDO, C.E.F. et al. **A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo** IV Encontro de Ensino e Pesquisa e Administração e contabilidade, Brasília/DF – 3 a 5 de Nov 2013. EnEPQ2013.
7. BARATTO, F. et al. **Interferências e fatores de Risco do processo Saúde-doença no ambiente Prisional: Revisão Integrativa**, 2011.
8. BRASIL. Instituto de Saúde. Desigualdades e Iniquidades em Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, Agosto 2010.
9. BRASIL. **Saúde e Direitos Humanos nas Prisões**. 2001.
10. BRASIL. Regras de Mandela: Regras Mínimas das Nações Unidas Para o Tratamento de Presos, 1.Ed, Brasília, 2016.
11. BENTO, A. **Como fazer uma revisão da literatuta: Considerações teoricas e práticas**, 2012.
12. BEZERRA, L.C.A. et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a11>>. Acesso em: 10 nov 2016.
13. BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.
14. COMOANE, P.D. **Consultoria sobre a Revisão da Legislação e Regras Atinentes à Prevenção, Tratamento, Cuidados e Assistência do HIV e SIDA nas Prisões [Relatório de pesquisa]**, 2009.

15. COYLE, A. **Administração Penitenciária: Uma abordagem de Direitos Humanos – Manual para Servidores Penitenciários**. International Centre for prison studies, 2002.
16. CRUZ, J.S. Assistência Integral a Saúde dos Prisioneiros: Uma Reflexão Compreensiva. Disponível em <http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1323108562_UMA%REFLEX%830%.pdf> acesso em: 31 de jul.2015.

17. DECLARAÇÃO DE KAMPALA. **The Kampala Declaration on Prison Conditions in Africa and Plan of Action**, September, 1996.

18. DIUANA, V.; et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde pública** vol.24 n° 8 Rio de Janeiro Aug. 2008.

19. DAMAS, F.B. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 5, n. 3, p. 6 – 22, 2012.

20. FOUCAULT, M. **VIGIAR E PUNIR - Nascimento da Prisão**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. Disponível em: <<http://www.portalgens.com.br/livroeducom/educom-nao-e-profissao.pdf>>. Acesso em: 13 set 2016.

21. FRAGOSO, H.C. **Direito Penal e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Forense, 1977.

22. GARCÍA-GUERRERO, J.; MARCO, A. Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en la salud. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**, v. 14, n. 3, p. 106 – 113, 2012.

23. GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

24. GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. [S.l.]: Editora Perspectiva, 1974.
25. GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro – São Paulo: 8ª edição. Ed. Record, 2004.
26. HERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, T.; ARROYO-COBO, J. M. Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**, v. 12, n. 3, p. 86–90, 2010.
27. IBAIXE JR, J. **Sistema Prisional: alguns conceitos para compreender estatísticas**, 2010
Disponível em:
<http://ultimainstancia.uolp.com.br/conteudo/colun> acessado a 29 de Agosto de 2015.
28. JÓLLUSKIN, G. et al. Saúde e reclusão: de uma breve contextualização do fenómeno ao papel dos profissionais de saúde. Configurações. **Revista de sociologia**, n. 13, p. 89 – 102, 2014.
29. Kölling, G.J; Silva, M.B.B; Sá, M.C.D. O Direito à Saúde no Sistema Prisional. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva** P. 281 -297, 2013.
30. LE MARCIS, F. A impossível governança da saúde em prisão? Reflexões a partir da MACA (Costa do Marfim). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2011 –2020, Jul, 2016.

31. MARTINS, J.C.B. **A prática da saúde em ambiente Prisional: Relação entre Profissionais de Saúde e Reclusos**. 2013. 39f. Monografia (Licenciatura em Criminologia) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.

32. MARCONI, A. **Aciência do conhecimento científico**. São Paulo: Ed.Atlas, 2000.

33. MELO, W. F. et al. Serviços de saúde à população carcerária do Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 14, 9 Fev 2016.

34. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Serviço Nacional Penitenciário. **Relatório Anual**. 2015.

35. _____.Serviço Nacional Penitenciário. **Relatório Semestral – 1**, Setembro, 2016.

36. MOÇAMBIQUE. **Resolução n° 65/2002 de 27 de Agosto, Política prisional e estratégia a sua implementação**.

37. _____.**Inquérito Demográfico e de Saúde 2011** (Moçambique), 2013.

38. _____.Liga dos Direitos Humanos. **Relatório dos Direitos Humanos – Moçambique, 2013**.

39. _____.Ministério da Saúde. **Plano Estratégico do Sector de Saúde 2014-2019**, 2013.

40. _____.Ministério da Saúde. **Relatório da Revisão do Sector de Saúde**, 2012
41. _____.Ministério da Saúde. **INSIDA 2009 Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação Sobre o HIV e SIDA em Moçambique**, 2010.
42. _____.Serviço Nacional penitenciário. **Lei n° 03/ 2013 SERNAP de 16 de Janeiro, 2013.**
43. _____.Serviço Nacional penitenciário. **Decreto n° 63/2013, de 06 de Dezembro, 2013.**
44. _____.Serviço Nacional Penitenciário. **Avaliação da Situação de HIV, ITs e TB e Necessidades de saúde nos ambientes Penitenciários em Moçambique**, 2013
45. MOLLER, I. et al. **Health in Prison**. A WHO guide to the essentials in prison health, 2007.
46. MOREIRA, L.M. **Política de saúde e a população carcerária: Um Estudo no Presídio Estadual Metropolitano I – PEM – Marituba – Pará**. 2012. 102 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Para, Belém, 2012.
47. MOREIRA T.R, FÁVERO J.L, MACIEL E.L.N. **Tuberculose no sistema prisional capixaba Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. 2010; 12(1):26-33 |27
48. Nascimento, D.E.S. **Evolução dos Sistemas Penitenciários**, 2010 <http://www.revistas.Unifacs.br/index.php/redu/arti> acesso em: 03 de Abril de 2015.

49. NICHIIATA, L.Y.I.; et al. **A Utilização do conceito “ Vulnerabilidade pela Enfermagem”** Ver. Latino – am Enfermagem 2008 Setembro – Outubro 16(5) www.eerp.usp.br/riae acesso em: 08 de Setembro de 2015.
50. OLIVEIRA, L.G.D. **Avaliação da implantação do programa de controle de tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros.** Rio de Janeiro, Fevereiro, 2014.
51. PARADA A.F.C. **Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais.** 2013. 39f. Monografia (Licenciatura em Enfermagem) – Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.
52. RIBEIRO, M.A.J; SILVA, I.C.R. **A Saúde no sistema prisional.** S.D.
53. Sá, DA. **Um estudo do acesso à assistência a partir do sistema de informações ambulatoriais do SUS (SAI/SUS),** 2002.
54. Sánchez, A; Leal, M.C; Larouzé,B. Realidade e desafios da Saúde nas Prisões, 2016. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Disponível em: http://www.scielo.br.php?Script=sci_artext&pid=s1413-81232021600070199&lng=pt&nrm=isso&tlng=en acessado em 16 Set 2016.
55. SARKIM, J. **Prisões na África:** Uma avaliação da perspectiva dos direitos humanos, Revista internacional de direitos humanos, 2008 www.surjournal.org/conteudos/getArtigo9.php?artigo=9, portartigo_sarkin.htm acesso em: 16 de Maio de 2014.

56. SENGULANE, A.E. **Instituição Prisional – Influencia das práticas quotidianas na reabilitação dos reclusos**: O caso da cadeia Central de Maputo, 2003. 70 f. Dissertação (licenciatura em Sociologia) – Unidade de Formação e Investigação em ciências Sociais. Departamento de Sociologia, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, 2003.
57. SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas1. **Cad. Saúde Públ**, v. 10, n. 1, p. 80–91, Jan/ Marc. 1994.
58. SILVA, A.C. **Sistemas e Regimes Penitenciários no Direito Penal Brasileiro**: Uma Síntese Histórico/Jurídica, 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado na área do Direito Penal) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.
59. SILVA, V.N; SANTOS, A.B.S. Diagnóstico de Doenças Infecto-contagiosas em um Programa de Saúde Penitenciário Baiano. Disponível em: <<http://www.xviisemic.esy.es/resumos/db/V/VanderleiaNascimento.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015.
60. SILVA, A.H; FOSSÁ, M.T. Análise do conteúdo: Exemplo de aplicação de técnicas para análise de dados qualitativos. **IV Encontro de Ensino e Pesquisa e Administração e contabilidade**, Brasília/DF – 3 a 5 de Nov 2013.
61. SOUSA, M.C. et al. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 2, p. 144–151, 2013.
62. SOUZA, M.O.S.; PASSOS, J.P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Esc Anna Nery**, v. 12, n. 3, p. 417–23, 2008.
63. THURSTON, W.E.; POTVIN, L. **Evaluability Assessment**: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. *Evaluation*, v. 9, n. 4, p. 453–469, 1 Out 2003.

64. WALMSLEY, R. **World prison population list**. [S.l.]: Home Office London, England, 2013. Disponível em: <http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/World_prison_population_list_10th_edition_2013.pdf>. Acesso em: 10 out 2016.
65. Yin, R.K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**, 4ª Edição Porto Alegre: Bookman, 2009.
66. ZANON,U. Qualidade da assistência medico-hospitalar: Conceitos e avaliação de indicadores. **RAS** – Vol.2, n°8 – Jul-Set.2000.

APENDICE A – CHECK LIST PARA VERIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO POSTO MÉDICO.

1. Instalações	Sim	Não	N/A
Gabinete de consultas			
Sala de espera			
Sala de tratamentos			
Sala de internamento ou Enfermaria			
Farmacia			
2. Estrutura organizacional			
Protocolos de manuseio do doente			
Processos clínicos preenchidos com dados vitais			
3. Pessoal afeto			
Medico de Clínica Geral			
- Psicólogo ou técnico de Psiquiatria			
-Medico dentista ou técn. Odontostomatologia			
Técnico de Medicina Geral			
Técnico de Medicina Preventiva			
Enfermeiro			
Farmacêutico ou Técnico de farmácia			
4. Equipamento			

a) Médico			
Esfigmomanómetro			
Estetoscópio			
Balança para adultos com altímetro			
Marquesa de observação com lençol			
Termómetro			
Otoscópio			
b) Laboratório			
Máquina de hemograma com insumos			
Microscópio			
Vidraria			
Balança			
Centrifuga			
Agitador			
Glucómetro com insumos			
Teste rápido da Malária			
Teste rápido para o HIV			
c) Sala de tratamentos			
Marquesa de observação com lençol			

Escadote com dois ou três degraus			
Bacias para lavagem do material			
Material para fazer curativo			
Tesoura			
Panelas de esterilização			
Um suporte para soros			
5. Ações desenvolvidas			
a) Consultas			
Horário de funcionamento do posto médico			
Cada doente tem processo clínico			
Tem história clínica			
Dados vitais			
Exame físico			
Tem diagnóstico			
Tem tratamento			
b) Educação sanitária			
Palestras			
Sessões			

APENDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. Áreas abrangidas pelos cuidados de saúde prestados dentro do estabelecimento penitenciário -----

2. Quem faz a gestão de medicamentos no estabelecimento penitenciário -----
3. Acondicionamento dos medicamentos:

Quanto a segurança - Boa (); Satisfatória () Má () Sem segurança ()

Temperatura - Boa (); Satisfatória () quente ()

Humidade - Satisfatória () Muita humidade () Sem humidade ()

Luz - Boa (); Satisfatória () Má () Sem luz ()
4. Fluxograma do recluso desde a saída da sua cela até chegar ao posto de saúde para obter assistência

APENDICE C – QUESTIONÁRIO PARA INFORMANTE CHAVE

Estimado participante, é convidado a responder este breve questionário sobre viabilidade de Avaliação da Atenção à Saúde dos Reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo. As respostas são voluntárias e não vão afetar ou interferir na sua vida laboral.

Por favor agradecemos que o responda o mais breve possível e que a sua contribuição é valiosa para os propósitos da pesquisa.

Data-----

1. Qual é a sua ocupação?-----
2. E há quanto tempo? -----
3. Pode falar-nos como é a organização da assistência à saúde para a população em Moçambique? -----

4. Nesta estrutura de assistência à saúde está incluída a população privada de liberdade ou reclusa? Sim () Não () Não sei () ;
5. Em sua opinião esta população deve ser assistida: MISAU () SERNAP () ONGs ()
Outros () Não tenho ideia () .
6. Como é que o posto médico do estabelecimento penitenciário está inserido hierarquicamente no SNS?
7. Tem um organograma? Sim () Não () Não sei () ;
8. Que ações ou estratégias podem ser realizadas para atender as necessidades desta população? -----

9. Que proposta ou sugestão teria para melhorar a assistência à saúde no estabelecimento penitenciário? -----

Muito Obrigada pelo apoio prestado

APENDICE D – QUESTIONÁRIO PARA O PESSOAL DO POSTO MÉDICO

Estimado participante, é convidado a responder este breve questionário sobre viabilidade de Avaliação da Atenção a Saúde dos Reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo. As respostas são voluntárias e não vão afetar ou interferir na sua vida laboral.

Por favor agradecemos que o responda o mais breve possível e que a sua contribuição é valiosa para os propósitos da pesquisa.

Data-----

1. Qual a função que ocupa (médico, enfermeiro, etc)? -----
2. Há quanto tempo esta neste Estabelecimento Penitenciário/ Posto medico? -----
3. Qual o tempo de funcionamento do posto médico? -----
4. A que horas abrem o posto? -----
5. Assinale com um X os principais problemas de saúde dos reclusos dentro do estabelecimento penitenciário:

 Pneumonias () ; Tuberculose () ; Sida () ; Pneumonias () ; ITS () ; HTA () ; Diabetes () ; doenças degenerativas () ; Diarreias () ; cólera () ; Infecção urinaria () ; Malária () ; Sarna () ; Dermatites () ; Demência () ; psicose () ; Alteração psiquiátrica? () ; Gastrite () ;
6. Funciona no período noturno? Sim () ; Não () Não sei ()
7. Assinale com um X, para que se garanta a assistência a saúde do recluso na sua opinião o posto de saúde precisa:

 Medico generalista () ; quantos? ()

 Medico dentista () ; quantos? ()

 Técnicos de Medicina () ; quantos? ()

Enfermeiros (); quantos? ()

Assistente social (); quantos? ()

Psicólogo (); quantos? ()

Psiquiatra (); quantos? ()

8. Existem normas ou critérios para o atendimento dos doentes? Sim (); Não () Não sei ()

9. Estas normas são do MISAU () ou do SERNAP/ EP? Sim (); Não () Não sei ()

10. Quantos profissionais compõe a equipe de saúde? -----

11. Quantos de:

a) Nível Superior? ----- há quanto tempo estão no EP?-----

b) Médicos? -----há quanto tempo estão no EP?-----

c) Medicina curativa ----- há quanto tempo estão no EP?-

d) Enfermeiros? -----há quanto tempo estão no EP?-----

e) Outros profissionais? ----- há quanto tempo estão no EP?-

Categorias e função -----

12. O nº de profissionais de saúde para atender a demanda existente no estabelecimento?

Bom (); suficiente (); razoável (); Insuficiente ()

13. As consultas são realizadas todos dias? Sim (); Não ()

14. O nº de dias de consultas médica para atender a demanda existente no estabelecimento é

Bom (); suficiente (); razoável (); Insuficiente ();

15. Os medicamentos são abastecidos ao estabelecimento penitenciário através do:

Deposito Central (); Deposito Provincial ();

Deposito Distrital (); Deposito da US (); Compra ()

16. Com que frequência recebe os medicamentos? Mensal (); Bimensal (); Trimestral ();

17. Tem recebido sempre o solicitado? Sim (); Não (); Nem sempre (); Nunca ()
18. O que tem sido feito para superar esta falta de medicamentos?
Faz nova requisição (); Compra (); Nada ()
19. Com que periodicidade esterilizam o material? Diário (); semanal (); quando acaba o material ()
20. Os reclusos são observados logo a entrada? Sim () Não ()
21. Que situações de doença são mais frequentes à entrada?
Escoriações (); Feridas incisivas/contusões (); Pneumonias (); Tuberculose (); Sida ();
Pneumonias (); ITS (); HTA (); Diabetes (); doenças degenerativas (); Diarreias ();
cólera (); Infecção urinária (); Malária (); Sarna (); Dermatites (); Demência ();
psicose (); Alteração psiquiátrica? (); Gastrite ()
22. Cada recluso tem um processo clínico com o respectivo historial a entrada? Sim ();
Não (); Alguns ()
23. É feita supervisão periódica ao posto médico pelo pessoal do MISAU/ DPS/ SSMAS da Matola? Sim (); Não (); Nunca ().
24. Quantas supervisões foram realizadas no último trimestre? -----
25. De quanto em quanto tempo fazem o rastreio para a tuberculose?
Trimestral (); Semestral (); Anual (); Nunca ().
26. Tem feito ações preventivas dentro do EP? Sim (); Não (); Nunca ()
que ações realizam?-----

27. Em algum momento das suas atividades dentro do SERNAP presenciou ou foi abrangido no EP?

- a) Vacinação contra meningite Meningocócica? Sim (); Não (); Nunca
- b) Vacinação contra hepatite Sim (); Não (); Nunca
- c) Distribuição de preservativo Sim (); Não (); Nunca
28. Como o sr(a) descreveria a assistência médica no estabelecimento penitenciário? Boa (); satisfatória; () má ().
29. Sendo um estabelecimento que esta dentro de uma comunidade que influencia ou acha que interferem na vida do estabelecimento:
- positivas -----

- negativas -----

30. Que proposta ou sugestões teria para melhorar a assistência medica no estabelecimento penitenciário? -----

Muito Obrigada pelo seu apoio prestado

APENDICE E – QUESTIONÁRIO PARA OUTRO PESSOAL DA DIREÇÃO

Caro participante, é convidado a responder este breve questionário sobre viabilidade de Avaliação da Atenção a Saúde dos Reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo. As respostas são voluntárias e não vão afetar ou interferir na sua vida laboral.

Por favor agradecemos que o responda o mais breve possível e que a sua contribuição é valiosa para os propósitos da pesquisa.

Data-----

1. Qual a função que ocupa? -----
2. Há quanto tempo esta neste Estabelecimento Penitenciário? -----
3. Qual a capacidade máxima do estabelecimento penitenciário? -----
4. Quantos reclusos existem no estabelecimento penitenciário? -----
5. Quantos pavilhões são destinados aos reclusos? -----
6. Quantos reclusos têm em média cada pavilhão? -----
7. Quantos reclusos têm por média cada cela? -----
8. Quantos deveriam existir por cela? -----
9. Assinale com um X os principais problemas de saúde dos reclusos dentro do EP:
Diarreias (); cólera (); Infecção urinaria (); Malária (); Sarna (); Dermatites ();
Demência; psicose; Alteração psiquiátrica? (); Tuberculose (); Sida (); Malnutrição ();
10. Funciona no período noturno? Sim (); Não ()
11. Assinale com um X, para que se garanta a assistência a saúde do recluso na sua opinião o posto de saúde precisa:

Medico generalista (); quantos? ()

Médico dentista (); quantos? ()

Técnicos de Medicina (); quantos? ()

Enfermeiros (); quantos? ()

Assistente social (); quantos? ()

Psicólogo (); quantos? () Psiquiatra (); quantos? ()

12. Existem normas ou critérios para o atendimento dos doentes? Sim (); Não ()

13. O posto de saúde do EP faz parte do Serviço Nacional de Saúde? Sim (); Não ()
Não sei ().

14. Estas normas são do MISAU () ou do SERNAP/ EP ()? Não sei ().

15. Quantos profissionais compõe a equipe de saúde? -----

16. Quantos de:

f) Nível Superior? ----- há quanto tempo estão no EP?-----

g) Médicos? ----- há quanto tempo?-----

h) Medicina curativa ----- há quanto tempo estão no EP?----

i) Enfermeiros? ----- há quanto tempo estão no EP?---

j) Outros profissionais? ----- Quantos? ----- há quanto tempo estão no EP?-----

17. O nº de profissionais de saúde para atender a demanda existente no estabelecimento?

Bom (); suficiente (); razoável (); Insuficiente ()

18. As consultas são realizadas todos dias? Sim (); Não ()

19. Considera o nº de dias de consultas médicas para atender a demanda existente no estabelecimento: Bom (); suficiente (); razoável (); Insuficiente ()

20. Os medicamentos são abastecidos ao Estabelecimento penitenciário através do:

Deposito Central (); Deposito Provincial ();

Deposito Distrital (); Deposito da US (); Compra ()

21. Com que frequência recebe os medicamentos? Mensal (); Bimensal (); Trimestral ();
22. Tem recebido sempre o solicitado? Sim (); Não (); Nem sempre (); Nunca ().
23. O que tem sido feito para superar esta falta de medicamentos? Faz nova requisição ();
Compra (); Nada ()
24. De quanto em quanto tempo fazem o rastreio para a tuberculose?
Trimestral (); Semestral (); Anual (); Nunca ().
25. Com que periodicidade esterilizam o material? Diário(); De 02 em 02 dias (); Semanal
()
26. Tem feito ações preventivas dentro do estabelecimento penitenciário? Sim (); Não ();
Nunca ()
- a) Vacinação contra meningite Meningocócica? Sim (); Não (); Nunca (); Não sei ()
- b) Vacinação contra hepatite Sim (); Não (); Nunca (); Não sei ()
- c) Distribuição de preservativo Sim (); Não (); Nunca (); Não sei ()
27. É feita supervisão periódica ao posto médico pelo pessoal do MISAU/ DPS/ SSMAS da
Matola? Sim (), Não (); Nem sempre (); Nunca (); Não sei ()
28. Quanto tempo os reclusos têm para o banho de sol? ----- Não sei ()
29. Quantas supervisões foram realizadas no último trimestre ou ultimo ano? ----- Não sei
()
30. Sendo um estabelecimento que esta dentro de uma comunidade que influencia ou acha
que interferem na vida do estabelecimento:

positivas -----

negativas -----

31. Que proposta ou sugestões teria para melhorar a assistência medica no estabelecimento penitenciário? -----

Muito Obrigada pelo seu apoio prestado

APENDICE F – QUESTIONÁRIO PARA INFORMANTE CHAVE DO SSMAS DA MATOLA E HOSPITAL GERAL DA MACHAVA

Estimado participante, é convidado a responder este breve questionário sobre viabilidade de Avaliação da Atenção a Saúde dos Reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo. As respostas são voluntárias e não vão afetar ou interferir na sua vida laboral.

Por favor agradecemos que o responda o mais breve possível e que a sua contribuição é valiosa para os propósitos da pesquisa.

Data -----

1. Qual a função que ocupa? -----
2. Há quanto tempo esta nesta Unidade Sanitária? -----
3. Tem recebido doentes reclusos que vêm do Estabelecimento Penitenciário (Prisão)? Sim (); Não (); nunca ()
4. Qual o seu estado geral à chegada na Unidade Sanitária? Bom (); Satisfatório (); Mau (); Debilitado ().
5. Assinale com um X os principais problemas de saúde dos reclusos à entrada: Pneumonias (); Tuberculose (); Sida (); Pneumonias (); ITS (); HTA (); Diabetes (); doenças degenerativas (); Diarreias (); cólera (); Infecção urinaria (); Malária (); Sarna (); Dermatites (); Demência (); psicose (); Alteração psiquiátrica? (); Gastrite ();
6. Qual o principal motivo de procura dos serviços de saúde pela comunidade?

Pneumonias (); Tuberculose (); Sida (); Pneumonias (); ITS (); HTA (); Diabetes (); doenças degenerativas (); Diarreias (); cólera (); Infecção urinaria (); Malária (); Sarna (); Dermatites (); Demência (); psicose (); Alteração psiquiátrica? (); Gastrite ();
7. Na sua opinião estas doenças afetam o ambiente penitenciário? Sim (); Não (); Não tenho certeza ();

8. Existe algum memorando entre o estabelecimento penitenciário e a Unidade Sanitária?
Sim (); Não ()

9. E entre os Ministérios que seja do teu conhecimento? Sim (); Não ()

10. Na sua opinião quem deve assistir estas pessoas – Serviço Nacional da Saúde (); Serviço Nacional Penitenciário (); ONGs ();

11. É feita supervisão periódica ao posto médico pelo pessoal do MISAU/ DPS/ SSMAS da Matola? Sim (); Não ().

12. Quantas supervisões foram realizadas no último trimestre ao estabelecimento penitenciário? Uma (); Duas (); mais de duas (); Nenhuma ().

13. Sendo um estabelecimento que esta dentro de uma comunidade que influencia acha que interferem na vida do estabelecimento:

positivas -----

negativas -----

14. Que proposta ou sugestões teria para melhorar a assistência medica no estabelecimento penitenciário? -----

Muito Obrigada pelo seu apoio prestado

ANEXOS

ANEXO A – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

Autonizo
101222

Para:
 Exmo Sr. Director Geral
 Serviço Nacional Penitenciário
 Maputo

NºRef. BS4/002

Maputo, 30 de Novembro de 2015

Assunto: Pedido de anuência institucional para a realização do estudo sobre: " *Aviabilidade da atenção à saúde nos reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo-Moçambique*".

Senhor Director,

O Instituto Nacional de Saúde(INS) em coordenação com a Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz), no âmbito do Curso de Mestrado em Sistemas de Saúde, pretende realizar um estudo no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo , a ser conduzido pela estudante **Cremilde Alice da Silva Moambe Anli** com objectivo de descrever as estruturas, os processos e os contextos organizacionais que interferem na atenção à saúde dos reclusos .

Neste contexto, pretende-se entrevistar os funcionários do SERNAP- Sede, Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo e Posto de Saúde local para uma melhor compreensão dos factos. Assim sendo, servimo-nos desta para solicitar a V.Excia a anuência institucional para a realização do estudo que será conduzido com respeito a ética e códigos de conduta vigentes.

Sem mais de momento, queira V. Excia aceitar as nossas mais cordiais saudações.

Atenciosamente,

O Director Científico

 Eduardo Santo-Guido Junior , MD, PhD

Nota: *Em anexo o projecto de pesquisa resumido.*

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
 SERVIÇO NACIONAL PENITENCIÁRIO
 SECRETARIA GERAL
 Cx. *07*
 Entrada n.º *3660* Data *10.12.15*
 Saída n.º _____ Data _____
 Ass. *FA TEL*



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE
IRB00002657

Exma Senhora
Dr.ª Cremilde Alice Anli
INS

Ref: 209/CNBS/16

Data 18 de Julho de 2016

Assunto: Parecer do Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) sobre o estudo: "Estudo da Viabilidade da Avaliação de atenção à saúde dos Reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo - Moçambique"

O Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) analisou as correcções efectuadas no protocolo intitulado: "Estudo da Viabilidade da Avaliação de atenção à saúde dos Reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo - Moçambique" Registrado no CNBS com o número 34/CNBS/2016, conforme os requisitos da Declaração de Helsínquia,

Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo, o CNBS dá a sua devida aprovação aos seguintes documentos:

- Protocolo de estudo versão 2.2 de 8 de Julho de 2016
- Consentimento informado versão 2.2 de 8 de Julho de 2016
- Instrumento de recolha de dados versão 2.2 de 8 de Julho de 2016

Todavia, o CNBS informa que:

- 1- A presente aprovação não substitui a autorização administrativa.
- 2- Não houve declaração de conflitos de interesse por nenhum dos membros do CNBS.
- 3- A aprovação terá a validade de um ano, terminando esta a 18 de Julho de 2017. Os investigadores deverão submeter o pedido de renovação da aprovação um mês antes de terminar o prazo.
- 4- Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.
- 5- A lista actualizada dos membros do CNBS esta disponível na secretaria do Comité.

Com as nossas mais cordiais saudações.

O Presidente

Dr. João Fernando Lima Schwalbach

C/O: Comité Institucional de Bioética para Saúde do Instituto Nacional de Saúde

ENDEREÇO:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL 364
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Afilande
MAPUTO - MOÇAMBIQUE

Telefone: 43281402/3131(4)
Telex: 6-239 MDMAJ MO
FAX: 258 (1)-426547
258 (1) 23220



República de Moçambique
Governo da Província de Maputo
Direcção Provincial de Saúde

Credencial

Está devidamente credenciada a **Dra Cremilde Alice da Silva Moambe Anli**, Mestranda em Sistemas de Saúde, a apresentar-se nos Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social da Matola, para efeitos de recolha de dados, no âmbito da realização da pesquisa intitulada «**Estudo da Viabilidade da Avaliação de atenção à saúde dos Reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo - Moçambique**», autorizada pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde, sob o registo número 34/CNBS/2016, através da nota Ref: 209/CNBS/16 de 18 de Julho.

Matola, 12 de Agosto de 2016

O Director Provincial de Saúde


Alcindo Gomes Cumba
(Médico Especialista Principal)



SERVIÇO NACIONAL PENITENCIÁRIO
GABINETE DO DIRECTOR GERAL

CREDENCIAL

Esta devidamente autorizada a estudante do Curso de Mestrado em Sistemas de Saúde **Cremilde Alice da Silva Moambe Anli**, a deslocar-se ao Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo e posto de saúde local, a fim de realizar um estudo e entrevista aos funcionários, com objetivo de descrever as estruturas, os processos e contextos organizacionais que interferem na atenção à saúde dos reclusos, num período de 15 dias.

O Estabelecimento Penitenciário deve criar condições necessárias para o objetivos da visita.

Maputo, 13 de Junho 2016

A Chefe do Gabinete


Elza Avita da Graça Pelembe

/Sargento Principal da Guarda Penitenciária/

À

Direcção provincial de Saúde de Maputo

Maputo, 03 de Agosto de 2016

Autorizar
12-08-2016
Dr. Sr. Justino Chongo
11-08-16

Assunto: Pedido de anuência institucional para o preenchimento do questionário

Cremilde Alice da Silva Moambe Anli, mestranda em Sistemas de Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FioCruz/ INS, pretende realizar uma pesquisa no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo com objectivo de descrever as estruturas, os processos e os contextos organizacionais que interferem na atenção à saúde dos reclusos.

Neste contexto, pretende que os funcionários do Hospital Geral da Machava e Centro de Saúde de Ndlavela preencham um questionário com perguntas simples para uma melhor compreensão dos factos. Todo o participante assinará um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Assim sendo, serve-se através desta para solicitar a V. Exa a anuência institucional para a realização destas entrevistas que serão conduzidas com respeito a ética e código de conduta vigentes.

Atenciosamente.

Alto de
12/08/16
11/08/16

A mestranda

Cremilde Alice da Silva Moambe Anli
Cremilde Alice da Silva Moambe Anli

240
04/08/2016
217



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
GOVERNO DA PROVINCIA DE MAPUTO
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

À
Dra. Cremilde Alice da Silva
Moambe Anli

Maputo

Nossa Ref. 3344/995 Vossa Ref. S/N

Data: 12/08/2016

ASSUNTO: Resposta ao pedido de autorização para realização de colheita de dados no âmbito da pesquisa intitulada « **Estudo da Viabilidade da Avaliação de atenção à saúde dos Reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo - Moçambique** »

Depois da apreciação do pedido, cumpre-nos informar o seguinte:

- Dada a relevância da pesquisa, concordamos com a sua realização na Província de Maputo;
- Vide, em anexo, a Credencial;
- Deverá obedecer aos critérios de prioridade, na divulgação dos resultados do mesmo, a acontecer, logo no final da análise preliminar dos dados;
- A DPS Maputo mostra a sua inteira disponibilidade, para prestar o seu apoio, no que, eventualmente, for necessário.

Com os melhores cumprimentos.

O Director Provincial de Saúde

Alcindo Gilio Cunha
(Médico Especialista Principal)

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Caro participante, você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **Estudo sobre viabilidade de Avaliação da Atenção a Saúde dos Reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo (EPPM) – Moçambique**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Cremilde Alice da Silva Moambe Anli**, a ser realizado no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo. A pesquisa faz parte do meu trabalho de mestrado em Sistemas de saúde na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Brasil) em parceria com o Instituto Nacional de Saúde (INS) de Moçambique.

Este estudo tem como **objetivo Geral:**

Analisar a viabilidade de avaliação da atenção a saúde dos reclusos no Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo (EPPM).

Os objetivos específicos são:

1. Descrever as estruturas e os processos da atenção à saúde no EPPM e desenvolver um modelo lógico;
2. Descrever os contextos externos e organizacionais que interferem na atenção a saúde no EPPM;
3. Desenvolver uma análise estratégica da atenção a saúde aos reclusos do EPPM;

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora no seu local de trabalho.

Sua participação consistirá em responder a um questionário com perguntas simples com o intuito de responder os objetivos da pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos sigilo sobre sua participação. Os nomes dos profissionais não serão de forma alguma mencionados. Os resultados da pesquisa serão apresentados em seminários e artigos científicos.

Os riscos que a pesquisa pode oferecer estão relacionados à identificação ou a algum tipo de constrangimento ou desconforto que possa ocorrer nas respostas às questões levantadas pela pesquisadora no questionário. Quanto ao risco de identificação, as respostas dos questionários serão digitalizadas e seu nome será substituído por um código, além disso, somente a pesquisadora e sua orientadora de Mestrado terão acesso ao banco de dados. Todos os dados serão divulgados de forma agregada, impossibilitando a identificação dos entrevistados. Se você se sentir constrangido quanto a qualquer questão levantada, pode se recusar a respondê-la deixando a pergunta em branco.

Como benefícios, esperamos que o produto deste trabalho possibilite a melhoria da atenção a saúde dos reclusos e criação de uma base para avaliações futuras.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

O original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Todas as páginas deste termo deverá ser rubricado e as assinaturas na última página.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora, pelo contato: **430814/427131(4) ou +258824040270** ou pelo endereço:

Comité Institucional de Bioética para a Saúde (CIBS) de Moçambique - Ministério da Saúde (MISAU)

Av. Eduardo Mondlane/ Salvador Allende

CP. 264, Telefax: 258 (1)311738, Tels 258 (1) 430814 - 423822. Telex: 6-239

Maputo - República de Moçambique

Eu,----- declaro ter sido informado de como vai decorrer a entrevista, e concordo participar neste projeto de pesquisa.

Maputo, aos----- de ----- 2016

Nome completo do entrevistado

Assinatura do pesquisador

ANEXO H - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECLUSO
--



SERVIÇO NACIONAL PENITENCIÁRIO
SERVIÇO DE CUIDADOS SANITÁRIOS

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECLUSO À ENTRADA NO ESTABELECIMENTO PENITENCIÁRIO

SITUAÇÃO MÉDICA

Peso []Kg Altura []cm
Sinais Vitais: TA - FR – FC - Temperatura Estado geral: Bom____ Moderado____ Grave
Sinais de violência física: Sim__ Não__
Local: Esquadra [] Durante a detenção [] Durante a prisão preventiva [] Outro []
Agressor: Entidade policial [] Agente correcional [] Familiares [] Comunidade [] Desconhecidos []
Tipo de violência: Física [] Emocional [] Sexual []
Gravidade: Sem sinais de violência [] Leve [] Grave [] Muito grave []
Sinais de violência: escoriações [] contusões[] hematoma [] ferida exposta [] Outro _____
RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA APÓS AGRESSÃO: Sim [] Não[] Onde recebeu _____
Recebeu certificado das lesões: sim[] não[]

Como foram classificadas: leves moderados graves

Medicação a efectuar, doses, e data da última toma: _____

Alergias: Medicamentos Alimentos Outros _____

Cirurgias: Já se submeteu a algum tipo de cirurgia? Não Sim Se sim, em que ano

Para que fim? _____

Possui algum tipo de deficiência Não Sim Se sim, qual?

Deficiência visual Auditiva Oral Motora

Doenças Médicas

Asma Diabetes Doença Cardíaca Lepra Malária esta em tratamento sim não

Epilepsia Hipertensão arterial Cancro: SIM NÃO

Outro tipo de doença _____

Doenças Infecciosas - já teve ou tem algumas destas doenças:

Tuberculose	Tosse com sangue <input type="checkbox"/> Suores nocturnos <input type="checkbox"/> perda de peso <input type="checkbox"/> Falta de apetite <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse persistente <input type="checkbox"/> Tosse há mais de 2 semanas: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>] _____
Malária	Febre <input type="checkbox"/> dores nas articulações <input type="checkbox"/> Dores de cabeça <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> vômitos <input type="checkbox"/> Arrepios de frio <input type="checkbox"/>

ITS sim [] não []	Ferida nos órgãos Genitais [] corrimento ureteral [] leucorreia [] Neste momento possui na pele uma vermelhidão, comichão, borbulha, bolha [] Se sim, descreva em que partes _____	
Fez teste de HIV: sim [] não [] Quando? [] Resultado: positivo [] negativo [] Esta em TARV? sim [] não [] cumpre regularmente :sim [] não com o tratamento [] Medicação: _____ Hora da toma: [] Onde fazia seguimento: _____ _____	Herpes: Labial [] -Zoster [] Das o consentimento para fazer o teste sim [] não [] Dermatites sim [] não []	Hepatite: Não [] Sim [] Tipo _____
Transfusão de sangue [] Quando _____ Porquê _____		
Alguma vez partilhou agulhas—Não [] Sim [] Talvez [] Lembra-se há quanto tempo? _____		
Doenças mentais Alguma vez sofreu de doença mental? Não [] Sim [] há quanto tempo _____ Recorda do diagnostico _____ Especifique _____		

Esteve hospitalizado: sim [] não [] Apresenta actualmente sintomas: Sim [] não []

Quais: _____ Escuta vozes? sim [] não []

Vê imagens? sim [] não [] Dorme mal?: sim [] não [] É impulsivo?: sim [] não [] Tem tido sensação de pânico: sim [] não [] Tem tido delírios?: sim [] não [] Sente que esta sendo perseguido?: Sim [] Não []

outros _____

Qual foi o tratamento efectuado na altura?

Atraso mental sim [] não [] - profundo ___ moderado ___ ligeiro ___

Alguma vez perdeu consciência? Sim [] não [] quando sofreu []: Foi por Trauma craneano [] Convulsões [] Desmaio [] Queda [] Malária Cerebral [] Outro: _____

Teve/tem algum familiar que sofra de doença mental? Não [] Sim [] Especifique o grau de parentesco:

_____ Recorda do diagnostico_ sim [] não [] qual: _____

Pensamento suicida [] Tentativa de suicídio [] Quando (data)

Qual foi o motivo e as circunstâncias _____ ficaram hospitalizado? Sim [] não []

Álcool e Drogas

E usuário de drogas: sim [] não [] Tem dependência: sim [] não [] Tem apresentado crises de abstinência sim [] não [] quando: _____

Manifestações clínicas

Neste momento faz uso, ou no passado fez uso de algum tipo de substância abaixo descrito:

Substância	Forma de uso (oral, injectável, inalada/fumada, snifada)	Data do último consumo
<input type="checkbox"/> LSD/Alucinogénios/ PCP		
<input type="checkbox"/> Marijuana		
<input type="checkbox"/> Heroína, cocaína		
<input type="checkbox"/> outros		

Álcool

Tipo	Regularidade	Quantidade	Data última bebida

Tabaco

Fuma Não fuma Quantidade? _____ Cigarros /dia Há quanto tempo? _____ anos

Alguma vez tentou parar de fumar? Não Sim Que método usou para tal?

Alguma vez se tornou abstinente? Não Sim Quanto tempo durou a abstinência?

Porque voltou a fumar? _____

Para Mulheres

Data da última menstruação [..../.....]

Idade Gestacional: semanas; meses

Como foram as gravidezes anteriores: Normais de Risco Outro _____

Já iniciou a consulta Pré-Natal: Sim Não

Tem miomas: Sim [] Não [], se sim, a quanto tempo [], Já iniciou com tratamento: Sim [] Não []

Tem cancro do colo do útero: Sim [] Não [], se sim, a quanto tempo [] Já iniciou com o tratamento? Sim [] Não []

Tem cancro da mama: Sim [] Não [], se sim, a quanto tempo [] Já iniciou com o tratamento? Sim [] Não []

Está amamentar: Sim [] Não []

Quanto tempo de vida tem o/a bebé: [] semanas [] meses

Técnico

Recluso

Data: ____/____/____