



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA  
(ILACVN)  
MEDICINA**

**MATHEUS HENRIQUE JUCÁ**

**PREVALÊNCIA DE ATENDIMENTOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO  
PRIMÁRIA DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM HOSPITAL PÚBLICO  
DE FOZ DO IGUAÇU**

**FOZ DO IGUAÇU  
2024**

MATHEUS HENRIQUE JUCÁ

**PREVALÊNCIA DE ATENDIMENTOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO  
PRIMÁRIA DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM HOSPITAL PÚBLICO  
DE FOZ DO IGUAÇU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador Prof. Dr. Luis Fernando Boff Zarpelon

**FOZ DO IGUAÇU  
2024**

MATHEUS HENRIQUE JUCÁ

**PREVALÊNCIA DE ATENDIMENTOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO  
PRIMÁRIA DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM HOSPITAL PÚBLICO  
DE FOZ DO IGUAÇU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Luis Fernando Boff Zarpelon  
UNILA

---

Prof. Dra. Regina Maria Gonçalves Dias  
UNILA

---

Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima  
UNILA

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## AGRADECIMENTOS

A finalização desse trabalho representa o final de uma jornada árdua e gratificante, repleta de desafios e aprendizados. Depois de 6 anos de faculdade de medicina finalmente entrego meu Trabalho de Conclusão de Curso, provavelmente meu último e mais maduro trabalho da graduação.

Esse produto só foi possível pela expertise e instrução de meu orientador Luis Fernando Boff Zarpelon que me guiaram desde o sonho de um projeto sem forma até os resultados de uma pesquisa muito rica. Sou profundamente grato pelas incansáveis horas dedicadas a me instruir nessa empreitada mesmo com o tempo apertado da formatura em vista. Sua confiança gerou frutos e graças a ele, hoje posso dizer que entreguei meu melhor em minha primeira pesquisa acadêmica e última avaliação da faculdade.

À minha família, primeiros a confiar em mim, minha eterna gratidão. À minha mãe Ana Carla e ao meu padrasto Rodolfo sou grato pelas orientações e conselhos que me fizeram o adulto que sou hoje. Ao meu pai que já não está mais nesta terra, sou grato por cada amparo que seu amor me concedeu e pelo exemplo em vida que me inspira a ser melhor todos os dias. Aos meus tios, tias e avós sou grato pela paciência. Foi necessário foco durante esses anos e a distância talvez tenha transformado minha jornada de amadurecimento em ausência. Ainda assim, contar com o amor deles nesse tempo foi o que me manteve firme nessa caminhada.

Por fim, tenho que agradecer àqueles que me acompanharam de perto durante essa caminhada. Amigos, envolvimento, quadrilha, gaúcho raiz, piranhas, minha panelinha, meu refúgio, a eles minha mais profunda gratidão. Obviamente não serei capaz de citar todos os grupos de WhatsApp ou nomes daqueles que estiveram comigo durante cada momento de choro, ansiedade, correria e alegria. Não posso, contudo, deixar de citar nominalmente minha gratidão a 4 deles que se fizeram parte indissociável de meu desenvolvimento: ao Eudes Dias, à Jackeline Gonçalves, ao Yan Rios e à Jéssica Albino deixo aqui meu mais profundo voto de agradecimento.

Não posso deixar de agradecer também aos meus outros professores, à UNILA e ao HMPGL que me receberam e ensinaram a ponto de fazer com que aquele garoto que chegava a tríplice fronteira quase que sem rumo se tornasse médico.

À todos, meu mais profundo e sincero agradecimento. Que este trabalho seja um reflexo do Matheus Jucá que só se tornou quem é graças a cada um.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Melitus
eAPP	Equipes de Atenção Primária Prisional
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPB	Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PPL	Pessoas Privadas de Liberdade
PS	Pronto Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISDEPEN	Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do SUS, bem como a principal coordenadora do cuidado do indivíduo. A APS resolutiva e oportuna é capaz de reduzir internações, gerar economia ao sistema de saúde e melhorar a qualidade de vida do usuário. Apesar disso, alguns grupos, ainda enfrentam grandes dificuldades no acesso a esse nível de atenção, como as Pessoas Privadas de Liberdade. Este estudo tem como objetivo principal identificar a prevalência de internações por condições sensíveis à APS a partir do setor destinado a população privada de liberdade do hospital terciário de referência do município de Foz do Iguaçu. Foram coletados dados por meio de revisão retrospectiva de prontuários médicos de todas as internações ocorridas no setor entre os meses de novembro de 2023 e fevereiro de 2024. Internações por infecções, condições psiquiátricas e lesões por causas externas foram prevalentes no setor. As taxas de internação tanto por condições sensíveis e não sensíveis à APS foram significativamente maiores entre os privados de liberdade do estudo em comparação com um brasileiro qualquer nos piores cenários do início do século. Dos motivos de internação no setor, 73% foram considerados sensíveis à APS. Os resultados deste estudo evidenciam a preocupante realidade da saúde da população carcerária, que apresenta taxas de internações por condições sensíveis à APS muito superiores à população geral. As possíveis causas para essa situação incluem a falta de acesso à APS de qualidade no cárcere, as precárias condições de saúde nesse ambiente e o histórico de negligência à saúde dessa população.

Palavras-chave: Atenção primária à Saúde, Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Pessoas Privadas de Liberdade, Foz do Iguaçu.

## ABSTRACT

Primary Care (PC) serves as the gateway to the Brazilian Unified Health System (SUS) and plays a pivotal role in coordinating individual care. Timely and effective PC can reduce hospitalizations, lower healthcare costs, and improve patient quality of life. However, certain populations, such as incarcerated individuals, face significant barriers to accessing adequate PC services. This study aimed to identify the prevalence of hospitalizations for PC-sensitive conditions among incarcerated individuals at the tertiary referral hospital in Foz do Iguaçu, Brazil. Data were collected through a retrospective review of medical records of all hospitalizations in the dedicated ward for

incarcerated individuals between November 2023 and February 2024. Hospitalizations for infections, psychiatric conditions, and injuries due to external causes were prevalent among the study population. The rates of hospitalizations for both PC-sensitive and non-PC-sensitive conditions were significantly higher among incarcerated individuals compared to the general Brazilian population, even considering the worst scenarios from the early 21st century. Notably, 73% of the hospitalizations in the ward were attributed to PC-sensitive conditions. The findings highlight the concerning state of healthcare among incarcerated individuals, who exhibit hospitalization rates for PC-sensitive conditions far exceeding those of the general population. Potential causes for this situation include limited access to quality PC services within prisons, poor health conditions in these settings, and a history of healthcare neglect in this population. This study underscores the transformative potential of PC services specifically tailored to the needs of incarcerated individuals. By investing in measures that enhance access to quality PC within prisons, we can significantly reduce hospitalization rates for PC-sensitive conditions, promoting the health and well-being of this vulnerable population.

Keywords: Primary Health Care, Primary Care Sensitive Conditions Admissions, People Deprived of Liberty, Foz do Iguaçu.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
2 OBJETIVOS .....	13
2.1 Objetivo geral .....	13
2.2 Objetivos específicos .....	13
3 HIPÓTESES .....	14
3.1 HIPÓTESES PRIMÁRIAS .....	14
3.2 HIPÓTESES SECUNDÁRIAS .....	14
4 JUSTIFICATIVA .....	15
5 REVISÃO DE LITERATURA .....	17
5.1 Redes de Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde e Urgência e Emergência do SUS .....	17
5.1.1 Atenção Primária a Saúde (APS) .....	18
5.1.2 Rede de Urgência e Emergência (RUE) do SUS .....	19
5.2 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária .....	21
5.3 Saúde da população privada de liberdade no Brasil .....	22
6 METODOLOGIA .....	26
2.1 Extração e coleta de dados .....	26
2.2 Análise e discussão dos resultados .....	28
2.3 Exclusão .....	29
2.4 Aspectos éticos .....	30
2.5 Limitações do estudo .....	30
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	31
7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO SETOR PS-D .....	34
7.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E SEUS FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO ATENDIDA NO SETOR PS-D .....	37
7.2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) .....	38

7.2.2 Fatores de Risco.....	39
7.3 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES PSIQUIÁTRICAS .....	41
7.4 INDICADOR ICSAP NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE DE FOZ DO IGUAÇU - COMPARAÇÃO COM A REALIDADE DO BRASIL.....	43
7.5 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS PARA ALÉM DO INDICADOR – INTERNAÇÕES DO SETOR PS-D COM MENOS DE 24 HORAS	46
7.5.2 Internações devido a Sintomas Não Explicados por Doença .....	49
7.5.3 Internações Inapropriadas por Causas Externas e Suas Consequências .....	51
7.5.4 Outras Causas de Internações Inapropriadas .....	52
7.6 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES NÃO SENSÍVEIS À APS.....	53
7.6.1 Internações Justificadas .....	54
7.6.2 Internações Com Mais de 24 Horas por Condições Não Sensíveis à APS .....	55
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	57
REFERÊNCIAS .....	59
APÊNDICES.....	65
APÊNDICE A – Carta de Anuência do HMPGL .....	65
APÊNDICE B – Termo de Compromisso Para Uso de Dados em Arquivo .	66
APÊNDICE C – Acesso a serviços de saúde nas penitenciárias de Foz do Iguaçu, segundo SISDEPEN .....	67
APÊNDICE D – Quantidade pacientes por município.....	69
APÊNDICE E – Quantidades de registros de DCNT e seus fatores de risco por faixa etária no setor PS-D.....	70
APÊNDICE F – Taxa de Internações por classificação na lista brasileira das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) no setor PS-D entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024 .....	73
APÊNDICE G – Motivos de internação e cid-10 atribuído às internações inapropriadas.....	75

APÊNDICE H – Motivos de internação e cid-10 atribuído às internações com mais de 24 horas .....	79
ANEXOS .....	84
ANEXO A – Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária .....	84
ANEXO B – Composição mínima das equipes de Atenção Primária Prisional e relação de recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde .....	87

## 1 INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata, publicada em 1978, foi um marco importante para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) mundial. O documento recomendava a APS como principal articulador dos sistemas de saúde e estabeleceu princípios fundamentais que continuam a orientar o desenvolvimento da Atenção Primária até hoje. (World Health Organization, 2007)

No Brasil, tais princípios norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Em um projeto ambicioso que busca promover ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma universal em um país de proporções continentais, o SUS vem construindo sua atenção à saúde a partir do Programa Saúde da Família (hoje denominado Estratégia de Saúde da Família - ESF) (Macinko e Harris, 2015).

Essa Estratégia, centrada nas equipes de saúde da família (eSF) como principais articuladores da APS e coordenadores do cuidado integral à saúde das comunidades às quais são vinculadas, atua de forma central na busca pela universalidade, integralidade e equidade do sistema. Em pouco mais de 20 anos de criação, o Programa Saúde da Família trouxe diversas melhorias à saúde do país como redução da mortalidade infantil e de internações por doenças cardiovasculares e Acidente Vascular Cerebral (AVC), apontam Macinko e Mendonça (2018).

A APS, como ordenadora do SUS, desempenha papel fundamental na estruturação e funcionamento eficaz do sistema de saúde e, sua não efetividade, impacta em outros níveis de atenção. Assim, indicadores para avaliação de seu desempenho tornam-se imprescindíveis na tomada de decisão dos gestores do SUS (Gusso *et al.*, 2019).

Nos Estados Unidos, por volta do ano de 1990, um modelo de avaliação dos serviços de saúde ambulatoriais através de internações hospitalares provavelmente evitáveis (“ambulatory care sensitive conditions”) foi proposto por Billings e sua equipe (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). No Brasil, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 221/2008, definiu a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira, da ESF e/ou da utilização da atenção hospitalar.

Como forma de buscar evidências da relação entre Internações por CSAP e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde constituiu, em 2007, um grupo de pesquisa – projeto ICSAP Brasil – que identificou a tendência de redução desse indicador com a expansão da Estratégia. De lá para cá, muitos outros estudos têm demonstrado a qualidade desse indicador em seu propósito, bem como sua redução frente à ampliação do acesso à APS (Gusso *et al.*, 2019).

A ESF, contudo, ainda enfrenta grandes desafios no que tange a equidade, visto que a diversidade da população atendida pelo SUS exige um cuidado capaz de abranger as mais variadas peculiaridades sociais, ambientais, geográficas, epidemiológicas e étnicas de cada local. Isso é especialmente relevante ao se considerar que existem grupos historicamente excluídos da Atenção à Saúde, como populações ribeirinhas, pessoas em situação de rua e travestis (Arantes *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, de 2003, serviu como marco inicial no acesso das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) ao Sistema Único de Saúde. Tal política, propunha enfrentar os já conhecidos problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento que perpassam desde a suscetibilidade a infecções até a precariedade do espaço de detenção, práticas de violência e falta de acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2003).

Em 2014 esse plano foi reorganizado para se tornar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) através da Portaria Interministerial nº 1, de 3 de janeiro de 2014 (Brasil, 2014). Essa política passou a normatizar as equipes de saúde prisionais (posteriormente atualizadas pela Portaria GM/MS nº 2.298 de 9 de setembro de 2021) inseridas nas Redes de Atenção à Saúde do SUS como coordenadoras do cuidado dessa população.

Em Foz do Iguaçu, segundo dados públicos do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN), existiam 5 estabelecimentos prisionais ativos no segundo semestre de 2023. Todos são de gestão pública do estado do Paraná e, ao todo, registraram 3.401 pessoas como sua população prisional no período (Quadro 1).

**Quadro 1 - Penitenciárias de Foz do Iguaçu e suas população prisionais no segundo semestre de 2023 segundo SISDEPEN**

<b>Nome do Estabelecimento</b>	<b>Destinado ao sexo</b>	<b>População Prisional</b>	<b>Tipo de estabelecimento</b>
Cadeia Pública Laudemir Neves - CPLN	Masculino	423	Recolhimento de presos provisórios
Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu - PEF	Masculino	1059	Cumprimento de pena em regime fechado
Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu 2 - PEF II	Masculino	916	Cumprimento de pena em regime fechado
Penitenciária Estadual De Foz Do Iguaçu IV - PEF IV	Masculino	771	Cumprimento de pena em regime fechado
Penitenciária Feminina De Foz Do Iguaçu - Unidade De Progressão - PFF-UP	Feminino	232	Cumprimento de pena em regime fechado

Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos de Brasil, 2024a.

O Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) é referência ao atendimento de urgência e emergência de todas as 5 instituições públicas prisionais de Foz do Iguaçu. Para atender melhor às especificidades de atenção requeridas por esta população de pacientes, o Hospital destinou um setor específico para este grupo dentro do Pronto Socorro, denominado PS-D no sistema de prontuários eletrônicos da instituição. Esse estudo tem como objetivo identificar a incidência de internações por CSAP no setor de internação voltado às PPL no HMPGL.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar a prevalência de atendimentos por condições sensíveis à APS das PPL no Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar a taxa de internações por condições sensíveis à APS da população privada de liberdade de Foz do Iguaçu com taxas nacionais;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes privados de liberdade atendidos no HMPGL no período de estudo;
- Identificar a prevalência de internações por condições psiquiátricas nas PPL do município de Foz do Iguaçu;
- Identificar a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e alguns de seus fatores de risco nas PPL atendida no HMPGL.

### 3 HIPÓTESES

#### 3.1 HIPÓTESES PRIMÁRIAS

- A taxa de internações por condições sensíveis à APS das pessoas privadas de liberdade de Foz do Iguaçu é superior à da população brasileira;
- Parte relevante dos atendimentos à população privada de liberdade no Hospital Municipal Padre Germano Lauck são por condições sensíveis à APS;
- O perfil de DCNT e seus fatores de risco da população privada de liberdade internada no setor PS-D difere da população geral.

#### 3.2 HIPÓTESES SECUNDÁRIAS

- O indicador “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde” considerando aspectos locais pode ser utilizado como ferramenta para avaliação do acesso de populações historicamente marginalizadas ao sistema de saúde;
- A expansão da Atenção Primária Prisional através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de liberdade pode reduzir internações e trazer economia ao município.

## 4 JUSTIFICATIVA

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no SUS, o Ministério da Saúde instituiu em 2014 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). A partir dela, estados e municípios têm trabalhado junto ao governo federal para garantia do acesso à Atenção Primária no âmbito prisional e consequente integração dessa população com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

Apesar disso, até 2018, apenas 258 equipes de saúde haviam sido implantadas no sistema prisional, segundo dados da Controladoria-Geral da União (CGU), quantidade muito inferior à cobertura de 75% das 1.478 instituições prisionais do Brasil pretendida pela política. Nesse mesmo ano, nenhuma das 33 Unidades Penais do Paraná possuía equipe de saúde completa, apesar do Estado já contar com resolução para implantação da PNAISP desde 2014 (Melgaço e Torres, 2020).

Segundo a Portaria GM/MS nº 2.298 de 9 de setembro de 2021, que operacionaliza a atuação das equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), seriam necessárias pelo menos duas 2 eAPPs para atender aos 3.401 privados de liberdade do município que estaria elegível para receber mais de R\$100.000 mensais em verbas federais de custeio via PNAISP (anexo 2). A verba recebida pelo município poderia ser ainda maior ao se considerar os repasses previstos pela Secretaria Estadual do Paraná através da resolução nº 241/2022:

Art. 2º Para os municípios com Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) credenciadas pelo Ministério da Saúde, conforme portarias vigentes, o Estado repassará mensalmente para cada equipe os seguintes percentuais:

(...) III - Para municípios que possuem eAPP essencial ou ampliada de 30h credenciada, com ou sem equipe complementar psicossocial ou profissional adicional de saúde bucal, 30% sobre o valor repassado pelo Ministério da Saúde; (PARANÁ, 2022, p. 2-3)

Em novembro desse ano, contudo, Foz do Iguaçu contava com apenas uma Equipe de Atenção Primária Prisional Ampliada no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) e não recebeu repasses federais da PNAISP segundo dados públicos do financiamento federal da APS (Brasil, 2024b;

Brasil, 2024d). Nesse contexto, os resultados deste estudo trazem benefícios em pelo menos 4 aspectos:

1. As taxas de Internações por Condições Sensíveis à APS (ICSAP) encontradas podem ser utilizadas junto a outros fatores como parâmetro para avaliação do acesso à APS resolutiva e oportuna das PPL do município;
2. A caracterização sociodemográfica e do perfil de internações pode ser utilizada como ferramenta para o planejamento de ações estratégicas voltadas para a melhoria da saúde dessa população no município;
3. Considerando a pouca literatura a respeito das principais causas de busca de serviços de saúde das PPL no Brasil, essa caracterização pode, inclusive, ser útil como ferramenta de comparação por gestores e eAPP que identifiquem padrões semelhantes, bem como por pesquisadores que queiram aprofundar a discussão sobre o tema no futuro;
4. A taxa de ICSAP a partir dos 4 primeiros meses de funcionamento do setor PS-D estabelece um parâmetro inicial para futuros estudos que queiram avaliar o comportamento do indicador com a expansão da Atenção Primária Prisional de Foz do Iguaçu.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

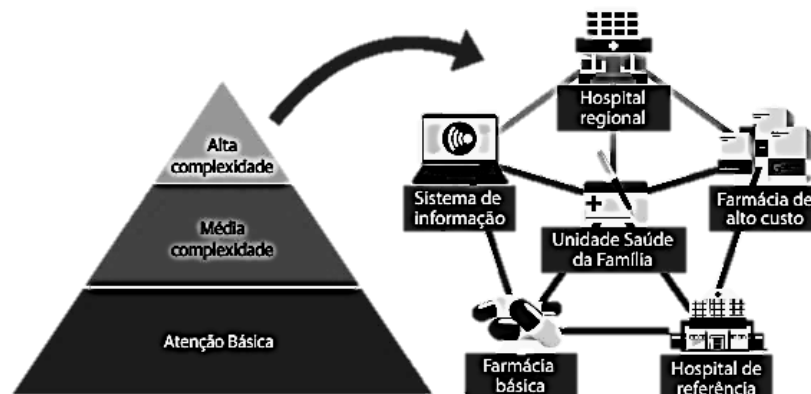
### 5.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

Desde o Relatório Dawson, elaborado no Reino Unido, em 1920, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) fazem parte do debate mundial a respeito de como organizar os sistemas de saúde de forma a atender as necessidades da população. De lá para cá - passando por Alma-Ata, em 1978 - a literatura internacional tem demonstrado que sistemas de saúde organizados em Redes de Atenção à Saúde com Atenção Primária à Saúde (APS) forte e resolutiva tendem a ser mais satisfatórios à população, mais efetivos e menos custosos (Oliveira *et al.*, 2016).

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram instituídas e passaram a estruturar o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria GM/MS nº 4.279/2010. O entendimento é de que para lidar com questões complexas e mutáveis como as condições de saúde da população, o sistema de saúde deveria deixar de ser fragmentado, reativo, episódico e voltado para condições agudas/agudizadas; se integrando como forma de fortalecer seus princípios de universalidade, integralidade e equidade de forma efetiva, eficiente e segura (Mendes, 2011).

Nesse novo modelo, substitui-se a hierarquia entre pontos de atenção por uma relação horizontal, na qual todos espaços de saúde têm igual importância e apenas desempenham papéis diferentes na atenção contínua ao usuário. A partir das regulações e interações entre tais espaços tecem-se as RAS (Oliveira *et al.*, 2016).

**Figura 1** - Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para Redes de Atenção à Saúde



Fonte: OLIVEIRA *et al.*, 2016.

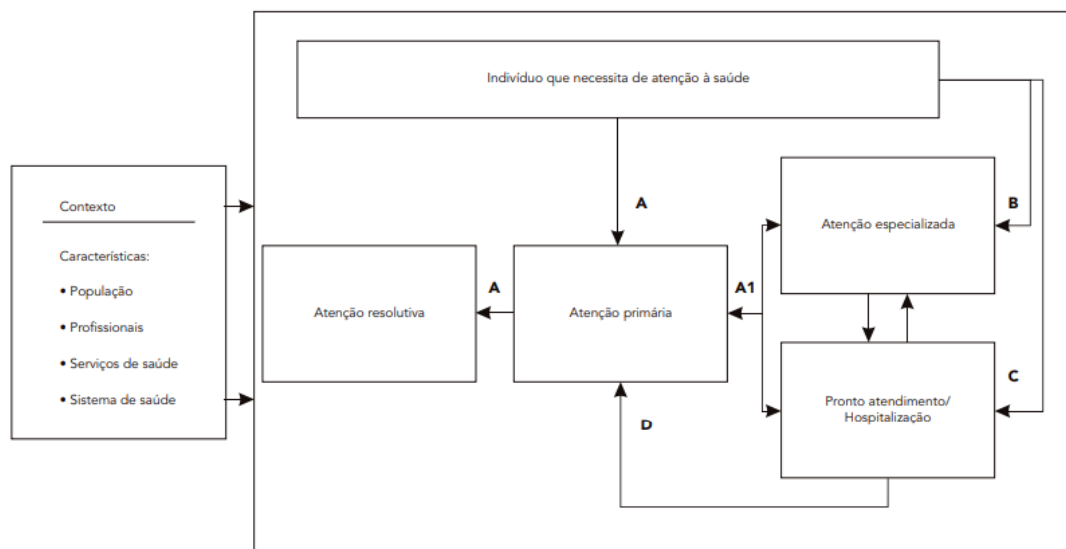
A partir dessa visão horizontal dos pontos de atenção, as RAS organizam o sistema buscando custo-efetividade ao concentrar alguns serviços enquanto dispersa outros. Em um cenário ideal, se ofereceria um serviço de qualidade, em tempo oportuno ao mesmo tempo em que se economizaria com escalas e disposição espacial. Em geral, serviços de menor densidade tecnológicas e APS costumam ser bastante custo-efetivos, devendo ser dispersos e acessíveis enquanto serviços de maior densidade tecnológica como Hospitais tendem a ser concentrados e demandar gastos mais robustos para seu funcionamento (Mendes, 2011).

### 5.1.1 Atenção Primária a Saúde (APS)

A APS tem papel fundamental como centro de comunicação, através da coordenação de fluxos e contrafluxos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Trata-se da principal porta de entrada do usuário, planejando e organizando ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica enquanto oferta atenção contínua e integral (Oliveira *et al.*, 2016).

Uma Atenção Primária resolutiva e acessível é capaz de evitar internações em centros de alta densidade tecnológica, ao prevenir e controlar doenças crônicas, além de agravos evitáveis. Sua atuação filtra processos de adoecimento que poderiam agudizar e gerar gastos elevados em soluções hospitalares de alta tecnologia (Alfradique *et al.*, 2009).

**Figura 2** - Marco conceitual da internação por condições sensíveis à atenção primária, Brasil.



Fonte: Alfradique *et al.*, 2009.

Na figura 2, pode-se observar a possibilidades de percurso que um usuário pode realizar dentro do sistema de saúde. Uma APS acessível, resolutiva e oportuna visa reduzir: 1. O fluxo A1 sentido Atenção especializada/Hospitalar, pois espera-se que a Atenção Primária previna exacerbações e resolva a maior parte das necessidades de sua população; 2. os fluxos B e C, já que serviços na atenção especializada e/ou Pronto atendimento tendem a ser mais onerosos do que a prevenção e coordenação do cuidado por uma equipe de Saúde da Família (eSF) (Alfradique *et al.*, 2009).

### 5.1.2 Rede de Urgência e Emergência (RUE) do SUS

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do SUS atua na tentativa de ordenar as ações necessárias ao atendimento às situações de urgência e emergência de forma coordenada pela Atenção Básica. Trata-se de uma rede complexa que se estende da prevenção em Unidades de Saúde da Família até a internação em Hospitais de alto custo na tentativa de atender a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, em saúde mental, etc.) (Brasil, 2013).

O Conselho Federal de Medicina (1995, p. 1) define urgência e emergência através da resolução 1951/95, da seguinte forma:

“Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.” (CFM, 1995, p. 1)

O local onde a assistência a UE pode ser prestada difere caso a caso, uma vez que diferentes componentes de atenção contam com diferentes tecnologias e recursos para tratar o usuário que busca atendimento (Santos *et al.*, 2015). Dessa forma, como apontado por Mendes (2011), a estruturação espacial de seus equipamentos deve ser eficiente e garantir o acesso a serviços de qualidade.

**Figura 3 - Componentes da RUE e suas interfaces**



Fonte: BRASIL, 2013.

O Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) é um componente de atenção hospitalar de média complexidade que atua como retaguarda para os outros pontos de atenção da 9ª regional de Saúde do Paraná, onde está Foz do Iguaçu. A instituição, inserida na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) local, atende apenas pacientes da rede pública e contava com 172 leitos cadastrados no CNES em 27/05/2024 (Tabela 1).

**Tabela 1 - Quantidade de leitos disponíveis no HMPGL em maio de 2024 segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**

<b>Descrição</b>	<b>Leitos SUS</b>
Especialidades Cirúrgicas	73
Especialidades Clínicas	61
Complementar	45
75 - UTI adulto - tipo II (40 leitos)	
66 – Unidade de Isolamento (5 leitos)	
Pediátrico	23
68 - Pediatria Cirúrgica (2 leitos)	
45 - Pediatria Clínica (21 leitos)	
Outras especialidades	15
47 - Psiquiatria (15 leitos)	
<b>Total</b>	<b>172</b>

Fonte: BRASIL, 2024b

O Pronto Socorro (PS) atua como porta de entrada hospitalar e é estratégico na resposta das demandas espontâneas referenciadas pela rede de urgência e emergência (Brasil, 2013). O setor PS-D é um exemplo disso ao receber aqueles privados de liberdade cujo estabelecimento penitenciário julga necessário atendimento médico de urgência ou emergência.

Mesmo assim, é válido ressaltar que as dificuldades na atuação de setores de emergência médica que recebem PPL são inúmeras e perpassam desde o estigma com a condição de custodiado até a necessidade de capacitação dos profissionais de linha de frente que parecem sentir medo e dificuldade em atender sem julgamentos (Silva *et al.*, 2020).

## 5.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

A investigação de serviços de saúde com a intenção de direcionar políticas públicas é crucial para gestores, formuladores de políticas e prestadores de serviços. Nesse aspecto, dados confiáveis e mensuráveis, capazes de gerar informações relevantes a respeito da situação de saúde de uma população se tornam condições fundamentais na avaliação de desempenho dos serviços, identificação de problemas e proposta de melhorias (Gusso *et al.*, 2019).

No Brasil, país diverso, onde a Atenção Primária é porta de entrada de um sistema de saúde universal e integral, indicadores de qualidade e acesso a esse nível de atenção se tornam especialmente relevantes. Assim, como forma de padronizar um indicador de desempenho capaz de orientar o planejamento em saúde, o Ministério da Saúde propôs em 2009, a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (Alfradique *et al.*, 2009).

Muitos autores já estudaram esse indicador pelo mundo e validaram a hipótese de que o acesso a Atenção Primária a Saúde (APS) de qualidade e em tempo oportuno é capaz de reduzir internações por um amplo grupo de doenças (Rosano *et al.*, 2013; Loenen *et al.*, 2014; Tanenbaum *et al.*, 2018). A lista brasileira parte dessa premissa. Com base na literatura e através de ampla discussão, ela agrupou as ICSAP em 20 grupos diagnósticos (anexo A), organizados a partir da magnitude dos agravos ou da possibilidade de intervenção (Gusso *et al.*, 2019)

No Brasil, há diversos estudos robustos com Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) que avaliaram a proporção deste indicador

pelo país e demonstraram aparente associação entre ele e a expansão da APS nas últimas décadas (Pinto e Giovanella, 2018; Rehem e Egry, 2011; Santos *et al.*, 2023; Viacava *et al.*, 2022). A melhora no indicador, contudo, parece se comportar de forma heterogênea e refletir questões socioeconômicas das populações estudadas (Barros *et al.*, 2022; Caldart *et al.*, 2016; Magalhães e Moraes, 2017; Santos *et al.*, 2023).

Um trabalho com crianças indígenas Yanomami do norte do Brasil já utilizou a lista brasileira de ICSAP como ferramenta de estudo do acesso à saúde desse grupo, demonstrando que o indicador tem potencial de ajudar na compreensão da atuação do sistema de saúde em populações específicas pelo país (Caldart *et al.*, 2016). Botelho e Portela (2017) ressaltam, contudo, que estudos locais do indicador precisam considerar questões contextuais, por vezes, bastante específicas para alcançar maior profundidade de discussão com menos possibilidade de suposições falaciosas

A relação das ICSAP com a expansão da política de atenção primária prisional e das eAPP, por outro lado, parece ainda não ter sido muito estudada no país. Na busca por descritores como “internações população carcerária”, “internações população privada de liberdade” e “saúde população privada de liberdade” nas plataformas “SciELO” e “PubMed” não encontraram trabalhos a respeito de ICSAP na população brasileira privada de liberdade. Estudos sobre prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose e transtornos psiquiátricos, por outro lado, parecem bastante comuns na literatura nacional.

Na literatura internacional, estudos já descreveram os motivos de internação e algumas características de privados de liberdade e egressos da prisão na Austrália, nos Estados Unidos, no Canadá e na Escócia. Ao que parece, transtornos psiquiátricos, uso de drogas, além de traumas e lesões autoprovocadas são motivos comuns de busca dos serviços de emergência de privados de liberdade ao redor do mundo e essa população parece mais propensa a acionar serviços EU durante e após saída do confinamento (Alan *et al.*, 2011; Andrade *et al.*, 2019; Boyce *et al.*, 2003; Eryana *et al.*, 2014; Tuinema *et al.*, 2020; Wang e Wang, 2013).

### 5.3 SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO BRASIL

As prisões têm função de proteger a sociedade contra o crime, atuando de forma a fazer com que seus egressos sejam produtivos e capazes de respeitar a lei. Independentemente de suas transgressões, as pessoas encarceradas ali mantêm

seus direitos universais, incluindo o direito à saúde e aos serviços do SUS (Brasil, 2004).

A maior publicação brasileira encontrada sobre condições de vida e saúde das PPL foi realizado no estado Rio de Janeiro pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com o Ministério Público. Esse trabalho, publicado em 2015 com o título “Deserdados Sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro” tentou entender, através da autoavaliação dos privados de liberdade, a relação de condições sociais de saúde dessa população com a realidade do confinamento (Minayo e Constantino, 2015).

Entre questionamentos sobre a qualidade da alimentação considerada ruim pelos detentos e o acesso à serviços de saúde e justiça dificultados por questões de transporte, o uso de drogas (lícitas e ilícitas) e transtornos psiquiátricos pareceram bastante prevalentes. No Brasil, a população prisional parece ser marcada por homens jovens, de baixa escolaridade que, muitas vezes oriundos de regiões periféricas, já apresentam condições de saúde precária e alto risco de adoecimento (Gusso *et al.*, 2019; Minayo e Constantino, 2015; Monteiro e Cardoso, 2013). Assim, de maneira perversa, o confinamento dessas pessoas pode também ser sua primeira oportunidade de acessar os serviços de saúde pública do país (Gusso *et al.*, 2019).

É importante salientar que quando recolhidas pelo sistema prisional, essas pessoas trazem problemas de saúde que sofrem influência direta das condições de confinamento, muitas vezes, inapropriadas. A incapacidade de manter o bem-estar físico e psíquico dentro das unidades prisionais, bem como de garantir o acesso aos serviços de saúde tende a gradualmente agravar comorbidades de base dessa população (Brasil, 2004).

Por outro lado, os serviços dos SUS prestados às pessoas privadas de liberdade (PPL), além de acessíveis, têm o desafio de pensar formas de garantir a segurança da equipe que os presta e dos usuários que o acessam. O Tratado Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade ressalta que na oferta de serviços de saúde para esse grupo, para além de garantir a melhor qualidade de atendimento, é necessário considerar questões muito particulares de logística e custos (Gusso *et al.*, 2019).

Reconhecendo isso, em 2003, o Ministério da Saúde criou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário que visava estender a universalidade do acesso à saúde à população privada de liberdade. Apesar da obrigatoriedade da adesão de

todos os estados e do Distrito Federal, o plano restringia os atendimentos apenas à população já condenada e, em 2013, havia coberto somente 30% da população penitenciária do país (Brasil, 2014).

Na tentativa de melhorar esse desempenho e garantir o acesso das PPL ao sistema de saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 3 de janeiro de 2014, o governo federal implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). A nova PNAISP previa a existência de equipes de saúde prisionais e forneceu diretrizes sobre a organização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos no sistema prisional, além de prever a destinação de recursos federais e estaduais para apoiar a adesão municipal.

Atualmente no Brasil, a PNAISP tem suas normas de operacionalização dispostas pela Portaria GM/MS nº 2.298 de 9 de setembro de 2021. Com carga-horária e composição mínimas de recursos humanos baseadas na quantidade de pessoas custodiadas na unidade prisional, a Portaria estipulou recursos a serem repassados pelos governos federal e estaduais a municípios que credenciam essas equipes conforme o quadro 2 abaixo.

**Quadro 2 - Quantidade de equipes de atenção primária prisional por custodiados operacionalizada pela Portaria GM/MS nº 2.298 de setembro de 2021**

<b>Quantidade de custodiados</b>	<b>Modalidade</b>	<b>Tempo de funcionamento do serviço semanal</b>
Até 300	Com carga-horária compartilhada com equipe do território	6 horas
De 101 a 1.700	Essencial ou Ampliada	20 horas
De 1.201 a 2.700	Essencial ou Ampliada	30 horas

Fonte: Brasil, 2021.

Para municípios com mais de 2.700 custodiados, fica a cargo da gestão local decidir a quantidade de equipes necessárias para atender a sua população carcerária desde que respeite os limites descritos na portaria. Em Foz do Iguaçu, considerando

as 3.401 pessoas privadas de liberdade do município no segundo semestre de 2023, seriam necessárias pelo menos duas 2 eAPPs para atender as PPL através da PNAISP.

## 6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo realizado em prontuários eletrônicos do sistema Tasy® do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, de pacientes procedentes do sistema prisional de Foz do Iguaçu, atendidos no período compreendido entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024.

### 2.1 EXTRAÇÃO E COLETA DE DADOS

A seleção dos prontuários se deu por meio do uso de ferramentas de pesquisa próprias do Tasy®, que buscaram dentro do período estudado pelos atendimentos no setor PS-D do Hospital, uma vez que todos os pacientes privados de liberdade dão entrada na instituição por esse setor. Os parâmetros avaliados nesses prontuários foram:

1. Dados sociodemográficos dos pacientes;
2. Diagnósticos médicos do paciente registrados no respectivo atendimento;
3. Tempo de permanência no Hospital;
4. Motivo da alta (melhora clínica, transferência ou óbito);

O pesquisador atribuiu o código do CID-10 correspondente ao diagnóstico médico descrito em prontuário no respectivo atendimento identificado como o “motivo da internação”. Esses códigos foram comparados com a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à APS (anexo A).

O tempo de permanência hospitalar equivale à quantidade de dias completos entre o horário registrado em prontuário da primeira e da última evolução. Todo atendimento cujo prontuário indicou alta hospitalar em menos de 24 horas foi considerado “internação inapropriada” com exceção daqueles que necessitaram de intervenções das quais o hospital é referência na Rede de Urgência e Emergência local.

Entende-se que o usuário seria encaminhado ao HMPGL caso necessitasse de alguma dessas intervenções e busca-se atendimento em UBS, UPA ou SAMU do município, justificando sua ida ao setor. Toda internação inadequada foi considerada

sensível à APS e as intervenções aceitas como justificativa para internação estão listadas no quadro 3 abaixo.

**Quadro 3** - Lista de justificativas para internamentos com menos 24 horas no setor consideradas neste estudo

<p>Lista de justificativas para internamentos com menos 24 horas no setor consideradas neste estudo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação de especialista cuja referência da Rede de Urgência e Emergência (RUE) seja o HMPGL;</li> <li>2. Necessidade de exame cuja referência seria o HMPGL;</li> <li>3. Passagem pelo Centro Cirúrgico ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI).</li> </ol>
--

Fonte: Elaborada pelo autor.

Por fim, diagnósticos descritos em prontuário de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e fatores de risco de interesse do “Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030” do governo federal foram coletados também. Para fim deste estudo, os diagnósticos de interesse da estratégia foram simplificados nas seguintes categorias:

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT):

1. Neoplasias;
2. Diabetes *mellitus* (DM): Diabetes *mellitus* insulino dependente, Diabetes *mellitus* não insulino dependente;
3. Doenças cardiocirculatórias: hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência cardíaca, arritmias crônicas;
4. Doenças respiratórias crônicas: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);

Fatores de risco de interesse:

1. Tabagismo;
2. Consumo abusivo de álcool;
3. Obesidade.

Pacientes registrados como ex-tabagista ou ex-etilista foram considerados na contagem dos fatores de risco “tabagismo” e “consumo abusivo de álcool” deste estudo. Pacientes cujo motivo de internação foi renovação de medicação psicotrópica

ou tentativa de suicídio e aqueles com código CID-10 iniciado em F foram considerados causados por condições psiquiátricas.

Pacientes que fizeram aniversário durante o tempo de permanência no hospital tiveram a idade do dia do internamento considerada para registro e pacientes que reinternaram após aniversário foram contados com a menor idade neste estudo. Um formulário elaborado pelo pesquisador (Quadro 4) foi utilizado para sistematização da extração de dados dos prontuários eletrônicos selecionados.

**Quadro 4 - Ficha para coleta de dados de pesquisa**

Número de Atendimento: _____
Número de prontuário: _____
Nacionalidade: _____ Cidade natal/UF: _____
Idade (anos): _____ Raça/cor: _____ Sexo: _____
Tempo de internação (dias): _____
Se menos de 24 horas, houve justificativa? ( ) Não ( ) Sim
Apresenta alguma das condições abaixo?
( ) Neoplasia ( ) DM insulino dependente ( ) DM não insulino dependente ( ) HAS
( ) IC ( ) Arritmia crônica ( ) DPOC ( ) Tabagismo ( ) Consumo abusivo de álcool
( ) Obesidade
Diagnóstico que causou a internação / CID-10 correspondente:
_____
Esse CID-10 faz parte da Lista Brasileira de Internações por CSAP?
( ) Sim ( ) Não
Desfecho: ( ) alta melhorado ( ) Alta para outro serviço ( ) óbito

Fonte: Elaborada pelo autor.

## 2.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados obtidos a respeito dos motivos de internação, tempo de permanência e motivo da alta foram realizados por atendimento, ou seja, um paciente que internou mais de uma vez no período teve cada internação avaliada separadamente. Por outro lado, os fatores sociodemográficos e as DCNT foram analisados pelo número de prontuário, ou seja, mesmo que um paciente tenha internado mais de uma vez no período, seus dados foram contados apenas uma vez para a discussão deste trabalho.

Para cálculo das taxas de internações, bem como para a discussão de fatores sociodemográficos e de condições de saúde da população privada de liberdade, foi utilizado o 15º ciclo (julho a dezembro de 2023) do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, presente no banco de dados do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN). Para comparação com a literatura, as taxas de internação foram padronizadas para 10.000 habitantes e multiplicadas por 3 para corresponder ao período de um ano conforme fórmula abaixo.

$$\text{Taxa}/10.000 \text{ hab} = \text{n}^\circ \text{ de internações no período} \times 3 / \text{Total da população estudada (SISDEPEN)} \times 10.000$$

Este estudo fez uma análise estatística descritiva para examinar os dados coletados, por meio da determinação de medidas de tendência central e de dispersão. Para discussão, as taxas de ICSAP encontradas na população privada de liberdade do município foram comparadas com taxas nacionais encontrada na literatura estudada.

### 2.3 EXCLUSÃO

Durante a coleta de dados, optou-se por excluir um prontuário do estudo por se tratar de uma internação para realização de uma cirurgia eletiva. Parte das cirurgias eletivas do município de Foz do Iguaçu são realizadas no Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

Pacientes que dão entrada para realização desses procedimentos são internados diretamente no setor responsável, não sendo necessária a passagem pelo Pronto Socorro. No caso em questão, o paciente provavelmente foi internado no setor de PS-D por se tratar do melhor local para alocação de pacientes que necessitam da segurança da guarda prisional.

Desse modo, como o paciente precisaria necessariamente ser internado no hospital para realização do procedimento e o setor de PS-D apenas foi a enfermaria em que o leito do paciente estava alocado, optou-se por não utilizar os dados desse atendimento nos resultados desta pesquisa. Esse atendimento era o único do usuário no período estudado.

## 2.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas – UDC (CAAE: 78803424.8.0000.8527; nº de parecer: 6.774.181). O material com dados coletados será destruído após permanecer 5 anos sob a guarda do pesquisador.

O Hospital poderá utilizar os dados como forma de autoavaliação para implementação e melhoria do manejo desse grupo de usuários. Já a gestão municipal poderá elaborar melhores estratégias de atenção à saúde da população privada de liberdade a partir das informações fornecidas por este estudo, melhorando, assim, o serviço para esses usuários.

Os riscos de afetar a rotina do hospital e de exposição dos pacientes foram minimizados com a coleta de dados de internação à distância através do Prontuário Eletrônico do Hospital (Tasy®), com a não identificação do paciente por nome e com o sigilo médico. Os pesquisadores, por meio do “Termo de Compromisso Para Uso de Dados em Arquivo” (Apêndice B) se comprometeram a zelar pela privacidade e pelo cuidado dos dados utilizados neste estudo.

## 2.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Destacam-se, como limitações deste estudo, possíveis inexatidões nas informações registradas em prontuário, bem como os fluxos municipais de Urgências e Emergências obstétricas e oncológicas que tem como referência outro hospital (Hospital Ministro Costa Cavalcanti) e, portanto, não foram abrangidos neste trabalho.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entre os meses de novembro de 2023 e fevereiro de 2024, foram registradas 166 internações em prontuário eletrônico no setor PS-D do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), das quais 3 pacientes tiveram “óbito” como desfecho (Quadro 5). Essas internações estão divididas em 141 prontuários de pacientes internados no setor dentro do período estudado.

**Quadro 5 - Características prévias e de internação dos pacientes com desfecho "óbito" no setor PS-D**

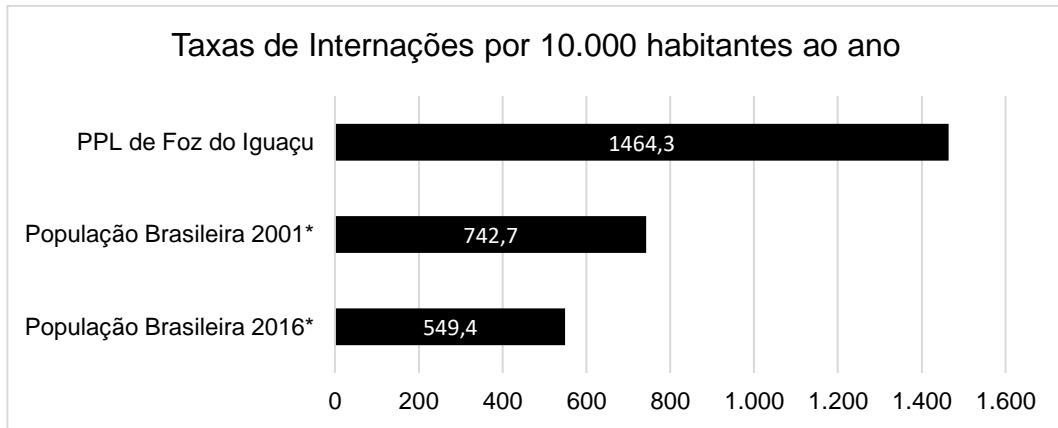
<b>Idade (anos)</b>	<b>DCNT e fatores de risco</b>	<b>Motivo de internação</b>	<b>CID-10</b>	<b>Dias internado</b>	<b>Setores que passou</b>
66	DMi, HAS	Fasciíte necrosante	M72.6	78	CM, UTI, CC
75	DMni, HAS	Insuficiência Respiratória Aguda (covid +)	J96.0	37	CM, UTI
56	HAS, Tabagismo	AVC isquêmico	I64	15	CM

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

\*Nota: CM: clínica médica; CC: centro cirúrgico; DMi: Diabetes mellitus insulino dependente; DMni Diabetes mellitus insulino dependente; HAS: hipertensão arterial sistêmica; UTI: unidade de terapia intensiva.

A taxa padronizada de internações considerando os 3.401 privados de liberdade do município foi de 1.464,3 internações por 10.000 habitantes. A chance de um privado de liberdade internar em Foz do Iguaçu no final de 2023 parece ser 2 vezes maior que a de um brasileiro qualquer em 2001 (Gráfico 1).

**Gráfico 1 - Comparação da taxa de internações por 10.000 habitantes em um ano da população prisional de Foz do Iguaçu com taxas nacionais**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

\*Dados de Pinto e Giovanella (2018)

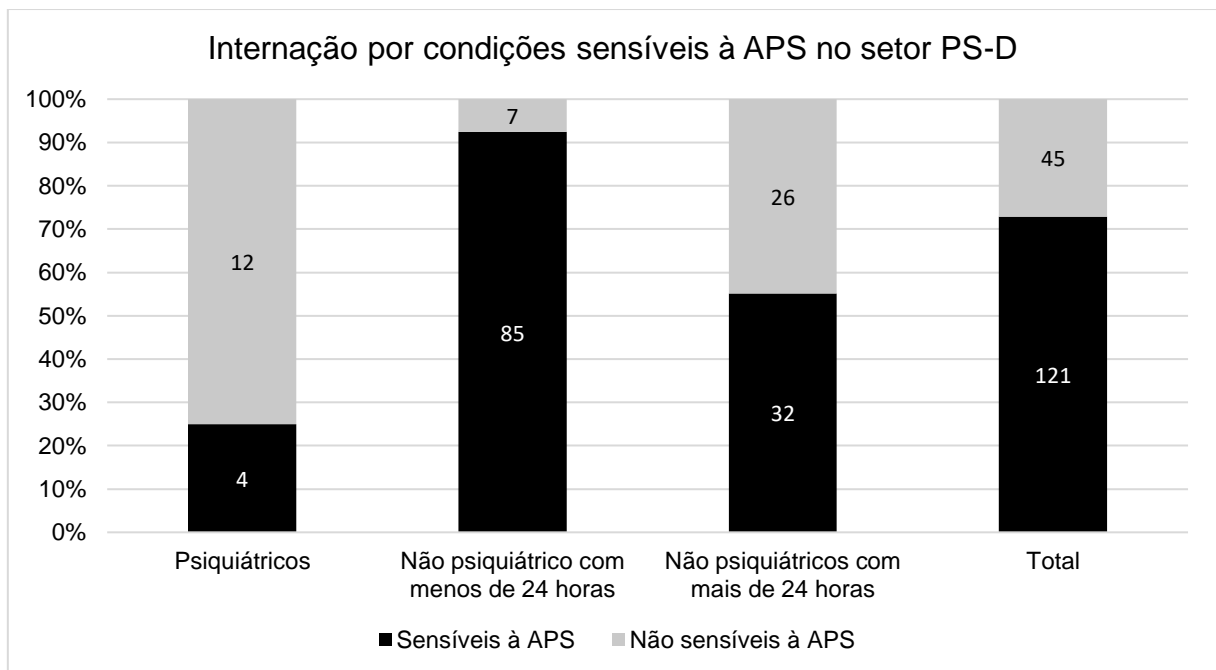
Em outros países, trabalhos sobre uso do Pronto Socorro já apontaram maior mortalidade e aumento da utilização dos serviços de emergência após saída do encarceramento (Alan *et al.*, 2011; Andrade *et al.*, 2019; Eryana *et al.*, 2014; Tuinema *et al.*, 2020; Wang e Wang, 2013). A quantidade de buscas a esses serviços, junto a outros fatores de saúde, parece estar associada, inclusive, a maior probabilidade de retorno a custódia (Andrade *et al.*, 2019).

Pela literatura consultada, ainda parece difícil dizer o quanto o próprio encarceramento é capaz de adoecer um indivíduo, ou se ambos desfechos são reflexo de um fator em comum. Como será discutido abaixo, alguns estudos já tem indicado relação entre marginalização socioeconômica, maiores taxas de internação (principalmente por CSAP) e menor acesso à APS, fatores que poderiam estar associados as altas taxas de internações encontradas neste resultado (Barros *et al.*, 2022; Caldart *et al.*, 2016; Magalhães e Moraes, 2017; Santos *et al.*, 2023; Tuinema *et al.*, 2020).

É possível que as próprias condições financeiras e sociais prévias desse grupo sejam fator de risco para o adoecimento e para o encarceramento. Nesse contexto, prisões muitas vezes superpovoadas e incapazes de garantir condições adequadas de habitação e acesso ao SUS, podem, pouco a pouco, agravar essas condições (Monteiro e Cardoso, 2013). O perfil sociodemográfico, bem como as características de DCNT e seus fatores de risco foram discutidas nos tópicos 7.1 e 7.2 abaixo.

Dos 166 atendimentos estudados, 121 (73%) foram consideradas internações por condições sensíveis à APS enquanto 45 foram consideradas não sensíveis pelos critérios deste estudo (Gráfico 2). Ou seja, entende-se que a Atenção Primária à Saúde oportuna seria capaz de solucionar pelo menos 73% das queixas de urgência e emergência das PPL do município no período.

**Gráfico 2 - Internações por condições sensíveis e não sensíveis à APS por condições psiquiátricas, menos de 24 horas e mais de 24 horas**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Ao que parece, uma equipe de atenção primária prisional teria potencial de resolutividade semelhante ao de uma Equipe de Saúde da Família que pode chegar a 80% dos problemas de saúde de sua população adstrita (Green *et al.*, 2001). Se outros meses seguirem o mesmo padrão, no período de um ano até 363 atendimentos poderiam ser evitados com uma APS oportuna, gerando economia com internações e transporte.

Alfradique *et al.* (2009) explica que devido à complexidade da reforma psiquiátrica no Brasil, esse grupo de diagnósticos não foi incluído na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Em vista disso, este estudo optou por abordar a discussão de atendimentos por condições psiquiátricas em separado no tópico 7.3 abaixo.

As taxas de internação por condições presentes na lista brasileira de ICSAP entre os privados de liberdade de Foz do Iguaçu foram discutidas e comparadas com números nacionais no tópico 7.4 abaixo. A discussão sobre internações com menos de 24 horas envolveram aquelas consideradas inadequadas cujo motivo de internação não estava na lista brasileira de ICSAP (Tópico 7.6). Enquanto isso, internações por condições não sensíveis à APS sem menção em outra parte estão detalhadas no tópico 7.6

## 7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO SETOR PS-D

Dos 141 pacientes atendidos no período, 139 tinham nacionalidade brasileira e 2 tinham nacionalidade paraguaia. Entre os brasileiros, 11 não tiveram a cidade/estado natal informados em prontuário enquanto 107 eram paranaenses e 21 eram de outros estados brasileiros (Tabela 1).

A prevalência de paraguaios entre os estrangeiros segue o perfil dos estrangeiros dentro da população privada de liberdade de Foz do Iguaçu, dentro da qual, segundo SISDEPEN, representava 90% (n=82) do total. Segundo a base de dados, no segundo semestre de 2023, os brasileiros, natos ou naturalizados, representavam 97% (n=3.310) do total de PPL do município enquanto os estrangeiros representavam 3% (n=91).

Dentre os paranaenses com prontuário analisado, 29 eram nascidos em Foz do Iguaçu enquanto 6 tinham Cascavel como cidade natal e outros 6 tinham Medianeira como município de nascimento registrado em prontuário. As cidades de Assis Chateaubriand e Curitiba estavam registradas como cidade natal de 5 e 4 pacientes respectivamente. Outros 43 municípios do Paraná constavam como cidade de nascimento em 3 ou menos prontuários cada (Apêndice D).

**Tabela 2** - Número de pacientes atendidos no setor PS-D por estado

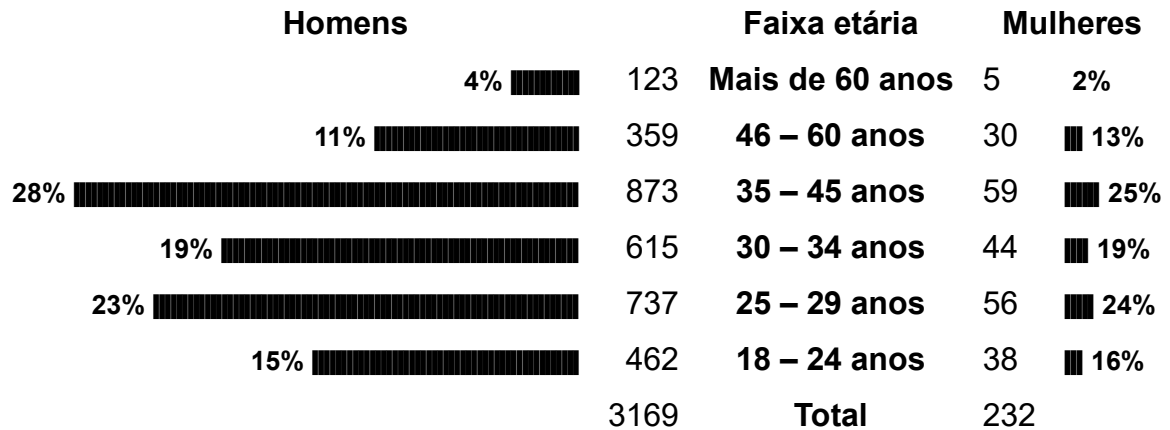
PR	SP	RS	SC	BA	MG	MT	MS	RJ	SE	PY	NI
107	5	4	4	2	2	1	1	1	1	2	11

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

\*Nota: PY: Paraguaí; NI: não informado



**Gráfico 4 - Pirâmide etária das Pessoas Privadas de Liberdade de Foz do Iguaçu no segundo semestre de 2023 segundo SISDEPEN**



Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos do Brasil, 2024a.

A presença mais significativa de idosos na população carcerária de Foz do Iguaçu pode ter, inclusive, influenciado a quantidade de internações do setor, já que pessoas com mais de 60 anos estiveram 4 vezes mais propícias a serem internadas do que as demais faixas etárias no período (Tabela 3).

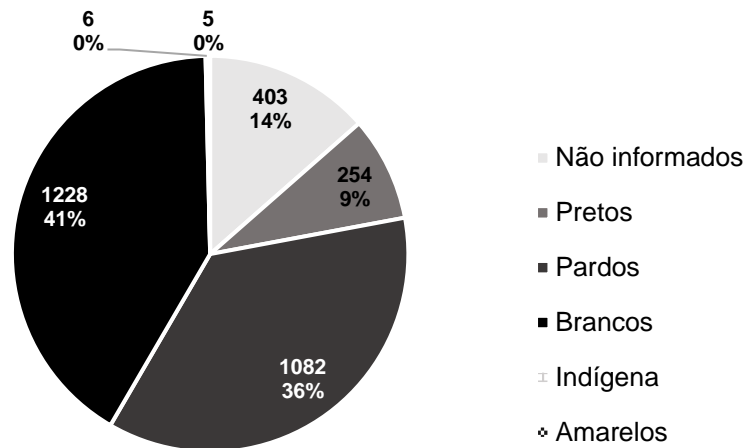
**Tabela 3 - Taxa de internações padronizada por faixa etária**

	Internações no setor PS-D	Pessoas Privadas de liberdade do segundo SISDEPEN	Taxa de Internações padronizada (10.000 habitantes ao ano)
<b>Até 29 anos</b>	58	1.293	1.345,7
<b>De 30 a 45 anos</b>	71	1.591	1.338,8
<b>De 46 a 60 anos</b>	17	389	1.311,1
<b>Mais de 60 anos</b>	20	128	4.687,5
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>3.401</b>	<b>1.464,3</b>

Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos do Brasil, 2024a.

No segundo semestre de 2023, a Cadeia Pública Laudemir Neves não registrou sua população quanto à cor/raça/etnia no SISDEPEN. Dentre os demais estabelecimentos penitenciários, a população registrada era majoritariamente branca no período (Gráfico 5). Nessa característica, a população carcerária do município também parece destoar dos resultados de outros estudos brasileiros cujo perfil foi predominantemente negro (Monteiro e Cardoso, 2013; Santos *et al.*, 2022).

**Gráfico 5 - População prisional de Foz do Iguaçu por cor/raça/etnia no segundo semestre de 2023, segundo SISDEPEN**



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do SISDEPEN, 2024

Pelas limitações de registros em prontuários do hospital, questões de escolaridade e renda não foram verificadas. Outros trabalhos indicam um perfil de marginalização econômica e baixa escolaridade entre as pessoas privadas de liberdade ao redor do país (Carvalho *et al.*, 2006; Monteiro e Cardoso, 2013).

## 7.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E SEUS FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO ATENDIDA NO SETOR PS-D

Por volta de 28% (n=40) dos pacientes atendidos no setor tinham alguma Doença Crônica não Transmissível ou fator de risco. A idade parece ter influenciado na prevalência das DCNT e seus fatores de risco. As pessoas mais jovens pareceram mais propensas aos fatores de risco “tabagismo” e “consumo abusivo de álcool” registrados em prontuário enquanto a incidência de DCNT como “DM não insulínica dependente” e “hipertensão arterial sistêmica (HAS)” pareceram maiores entre as pessoas mais velhas (Tabela 4).

Tabela 4 - DCNT e seus fatores de risco registrados no setor PS-D por faixa etária

DCNT / Faixa etária	18 – 34 anos	35 – 45 anos	46 – 60 anos	60 anos ou mais	Total
<b>Tabagismo</b>	8	9	5	2	24
<b>Consumo abusivo de álcool</b>	4	3	2	0	9
<b>HAS</b>	1	4	2	9	16
<b>DM insulínodépendente</b>	1	2	0	1	4
<b>DM não insulínodépendente</b>	0	1	0	5	6
<b>Neoplasia</b>	0	0	0	4	4
<b>DPOC</b>	0	0	0	1	1

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

\*Nota: alguns dos pacientes estudados tiveram mais de uma DCNT ou fator de risco registrados em prontuário e, portanto, a soma dos valores totais nesta tabela não equivale ao total de 40 pacientes com algum registro.

### 7.2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Com relação as neoplasias encontradas neste estudo, o diagnóstico foi o mesmo em todos os registros: hiperplasia prostática benigna (HPB). Um ponto interessante é que em todos os 8 internamentos dos 4 pacientes com HPB, o motivo de internação estava relacionado a queixas do trato urinário e em 3 deles a hiperplasia era o próprio motivo de internação (apêndice E).

Na população em geral, HAS é o fator de risco modificável para doenças cardiovasculares prematuras mais prevalente, à frente, inclusive, do tabagismo (Basile e Bloch, 2024). Na população privada de liberdade estudada, contudo, o tabagismo foi o fator mais prevalente. Tanto o perfil mais jovem das PPL do município discutidos no tópico 7.1, quanto a alta incidência desse fator de risco em privados de liberdade, discutidas no subtópico 7.2.2 abaixo, podem ter influência nesse resultado.

A metodologia deste trabalho não permite comparação entre as taxas de DCNT e seus fatores de risco da população privada de liberdade do município e da população geral brasileira. Estudos encontraram altas taxas de DCNT e seus fatores de risco em

PPL dos Estados Unidos (Binswanger *et al.*, 2009; Mallik-Kane e Visser, 2008; Wang e Wang, 2013).

A literatura indica que essas condições crônicas e seus fatores de risco já estavam presentes antes mesmo da admissão no sistema prisional e que o tratamento adequado não chega a todos durante reclusão de forma que esses problemas de saúde física se tornam empecilhos na reentrada do mercado de trabalho bem como motivos de utilização de serviços de UE após saída do cárcere (Mallik-Kane e Visser, 2008). Por uma lógica perversa de acesso ao SUS através das Atenção Primária Prisional, talvez a captação precoce por uma eAPP e consequente atuação sobre as condições de saúde dessa população seja capaz de prevenir internações durante e após a saída da penitenciária.

Um estudo do Estado da Paraíba que entrevistou 75 PPL de sete presídios com eAPP indicou contentamento com o serviço dessas equipes e identificou comentários apontando sensação de maior acesso à saúde ali do que fora da instituição (Barbosa *et al.*, 2022). Outros estudos serão necessários para compreender melhor como é perfil de DCNT e seus fatores de risco na população privada de liberdade de Foz do Iguaçu e o quanto o avanço da Atenção Primária Prisional poderá influenciar nos desfechos dessas condições.

### 7.2.2 Fatores de Risco

Pelo menos 17 (12%) dos privados de liberdade atendidos no setor PS-D são ou já foram tabagistas enquanto 9 (6%) tiveram registro de consumo abusivo de álcool em prontuário (Tabela 4). Ambos foram, inclusive, os diagnósticos registrados em conjunto mais prevalentes dentre os considerados (Tabela 5).

Outros estudos identificaram altas prevalências de uso de tabaco e álcool dentre privados de liberdade no Brasil e no mundo (Carvalho *et al.*, 2006; D'souza *et al.*, 2005; Erlyana *et al.*, 2014; Freudenberg, 2001; Mallik-Kane e Visser, 2008; Minayo e Constantino, 2015). No Rio de Janeiro, uma pesquisa realizada pela Secretaria de Estado de Justiça no ano de 1998 identificou o uso de álcool prévio ao recolhimento em mais de 70% de um grupo de 2.039 internos do sistema prisional estudado (Carvalho *et al.*, 2006).

O estudo da Fiocruz com privados de liberdade do mesmo estado encontrou incidência de tabagismo que chegaram a mais de 65% dos entrevistados (Minayo e

Constantino, 2015). Ao que parece, o uso de drogas tanto lícitas quanto ilícitas tiveram papel de “automedicação” para problemas emocionais/sociais antes do encarceramento dessas pessoas e, com o tempo, passaram a ser utilizadas para redução de efeitos negativos da abstinência (Minayo e Constantino, 2015).

**Tabela 5 - Quantidade de doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco na população internada no setor PS-D**

Tabagismo isolado	13
Tabagismo, Consumo abusivo de álcool	6
DM não insulino dependente, HAS	5
DM insulino dependente	2
DM insulino dependente, HAS	2
HAS, Tabagismo	2
Neoplasia isolada	2
Neoplasia, HAS	2
Consumo abusivo de álcool	1
DM não insulino dependente, HAS, Tabagismo	1
HAS isolada	1
HAS, Consumo abusivo de álcool	1
HAS, DPOC, Tabagismo	1
HAS, Tabagismo, Consumo abusivo de álcool	1
<b>Total</b>	<b>40</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Altas prevalências de uso de tranquilizantes e drogas ilícitas em privados de liberdade parecem ser, também, bastante estudadas pela literatura consultada, mas não foram objetos deste estudo (Carvalho *et al.*, 2006; D'souza *et al.*, 2005; Erlyana *et al.*, 2014; Freudenberg, 2001; Mallik-Kane e Visser, 2008; Minayo e Constantino, 2015).

### 7.3 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

No período do estudo, 16 (10%) dos 166 atendimentos realizados no setor tiveram um diagnóstico psiquiátrico registrado como motivo de internamento. Desse total, apenas 1 paciente foi admitido duas vezes e nenhum mais do que isso, totalizando 15 (11%) dos 141 pacientes com passagem no setor por motivos psiquiátricos.

Esse resultado parece concordar com trabalhos internacionais que apontaram altas prevalências de utilização de serviços de emergência por transtornos psiquiátricos entre privados de liberdade e egressos da prisão nos Estados Unidos, no Canadá e na Austrália. As taxas de busca ao Pronto Atendimento por queixas psiquiátricas variaram de 6,4% a 27% nesses estudos (Alan *et al.*, 2011; Frank *et al.*, 2013; Mallik-Kane e Visher, 2008; Tuinema *et al.*, 2020; Wang e Wang, 2013).

O tempo médio de internamento dos pacientes psiquiátricos que passaram pelo setor PS-D foi de 1 dia e 21 horas. Dos 16 atendimentos, internações por ansiedade e transtornos psicóticos agudos foram as mais comuns com 5 (31%) e 4 (25%) registros, respectivamente. Lesões autoprovocadas foram registradas como motivo de internação em 5 (31%) passagens pelo setor, sendo “enforcamento, estrangulamento e sufocação” o principal método adotado (tabela 6).

**Tabela 6 - Motivos de internação por condições psiquiátricas no setor PS-D**

<b>Cid - 10</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quantidade de atendimentos</b>
F41	Outros transtornos ansiosos	5
F23	Transtornos psicóticos agudos e transitórios	4
X70	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	3
Z76.0	Emissão de prescrição de repetição	2
X64	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	1
X78	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante.	1

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Assim como no setor PS-D, lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas parecem ter participação importante em um estudo sobre as buscas a serviços de emergência por egressos da prisão no Canadá (Tuinema *et al.*, 2020). Esquizofrenia, transtorno tipicamente associados a psicose, e lesões/fraturas foram responsáveis por mais da metade dos dias de internamento de egressos do sistema prisional estudados na Austrália Ocidental entre 2000 e 2002 (Alan *et al.*, 2011).

Ao que parece, transtornos psiquiátricos são mais comuns entre privados de liberdade do que na população em geral e as próprias condições de vida reclusa causam sofrimento que podem repercutir como sintomas e/ou enfermidades mentais (Minayo e Constantino, 2015). As internações por automutilação, ansiedade, insônia e uso de medicamentos para dormir descritas na tabela 6 são sintomas de sofrimento mental já descritos no estudo da Fiocruz com privados de liberdade do Rio de Janeiro (Minayo e Constantino, 2015).

Os 2 atendimentos registrados com CID-10 Z76.0 chamam a atenção, já que os pacientes foram transportados a um hospital terciário para renovação de receita de medicamentos psiquiátricos. Vale ressaltar que ambos permaneceram menos de 24 horas no Hospital e não necessitaram de nenhum procedimento que justificasse seu atendimento na instituição, se enquadrando como um ICSAP pelos critérios deste estudo.

Outros 2 pacientes permaneceram menos de 1 dia e não tiveram intervenções que justificassem um internamento em um hospital terciário, totalizando, portanto, 4 (25%) internações por condições sensíveis à APS dentre as 16 psiquiátricas do setor. Como os demais atendimentos duraram mais que 24 horas e não há transtornos psiquiátricos na Lista Brasileira de ICSAP, todas foram consideradas internações adequadas para este estudo.

Apesar disso, o cuidado integral aos transtornos mentais mais prevalentes, incluindo transtornos psicóticos e de ansiedade, faz parte das atribuições da APS definidas pela Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) (Cunha *et al.*, 2020). Ademais, a reinserção de privados de liberdade com transtornos psiquiátricos à sociedade é permeada por diversos desafios cuja identificação e intervenção precoce por equipes de saúde prisional podem ter potencial transformador nas condições de saúde dos egressos de instituições carcerárias (Baillargeon *et al.*, 2010).

## 7.4 INDICADOR ICSAP NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE DE FOZ DO IGUAÇU - COMPARAÇÃO COM A REALIDADE DO BRASIL

Das 166 internações consideradas por este estudo, em 55 (33%) delas o código CID-10 registrado como motivo de internação estava contido na lista brasileira de ICSAP. Assim, a taxa padronizada de internações por condições sensíveis à APS entre os 3.401 privados de liberdade do município foi de 485,1 ICSAP por 10.000 mil habitantes no período de 1 ano.

Esse valor é 7 vezes maior que a taxa de ICSAP da população brasileira do ano de 2016 e 4 vezes maior que a mesma taxa da população brasileira há 23 anos descritas por Pinto e Giovanella (2018). Em todo o estudo, mesmo a pior taxa descrita pelos pesquisadores (municípios com menos de vinte mil habitantes no ano de 2001) era 3 vezes menor que a encontrada na população carcerária de Foz do Iguaçu (Gráfico 6).

**Gráfico 6 - Taxas de ICSAP por 10.000 habitantes ao ano na população privada de liberdade de Foz do Iguaçu e em outras regiões do país**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

\* Dados de Pinto e Giovanella (2018)

\*\* Dados de Rehem e Egry (2011)

No trabalho de Rehem e Egry (2011) que estudou os municípios do Estado de São Paulo de 2000 a 2007, o resultado mais próximo ao encontrado na população privada de liberdade de Foz do Iguaçu foi em Marília no ano de 2000 com 267 ICSAP

por 10.000 habitantes. Ainda assim, a população privada de liberdade de Foz do Iguaçu parece 1,8 vezes mais propensa a internar por CSAP do que um cidadão do município de Marília no início do século.

Esse resultado parece corroborar com o resultado de um estudo sobre a utilização de serviços médicos por beneficiários do Medicare que também eram egressos do sistema prisional nos Estados Unidos. Lá, ao que parece, os egressos do sistema prisional tiveram mais chances de serem hospitalizados por causas gerais e por condições sensíveis à APS nos meses que sucederam sua saída da instituição carcerária quando comparados com a população em geral entre 2002 e 2010 (Wang e Wang, 2013). A utilização de listas diferentes, contudo, não permite comparação direta entre as taxas deste e daquele estudo.

Apesar da chance de uma pessoa internar por uma CSAP ter sido maior com passar da idade (Tabela 7), é importante ressaltar que a análise desse resultado traz limitações e a metodologia deste estudo não é capaz de confirmar relação de associação entre essas duas variáveis.

**Tabela 7 - Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por faixa etária na população privada de liberdade do município de Foz do Iguaçu.**

<b>Faixa etária</b>	<b>ICSAP no setor PS-D (porcentagem do total de internações na faixa etária)</b>	<b>PPL em Foz do Iguaçu no 2º sem/2023 (SISDEPEN)</b>	<b>ICSAP (padronizadas)</b>
<b>Até 29 anos</b>	18 (31%)	1.293	417,6
<b>De 30 a 45 anos</b>	27 (38%)	1.591	509,1
<b>De 46 a 60 anos</b>	7 (41%)	389	539,8
<b>Mais de 60 anos</b>	3 (15%)	128	703,1
<b>Total</b>	55 (33%)	3.401	458,2

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Outros estudos com o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) parecem ter encontrado relações entre idade e ICSAP. Na população geral, ser idoso parece ser fator de risco de internações por condições sensíveis à APS, assim como internações nesse grupo parecem ter maiores

proporções de ICSAP (Castro *et al.*, 2020; Magalhães e Moraes, 2017; Viacava *et al.*, 2022).

Doenças de etiologia infecciosa foram responsáveis por mais da metade das ICSAP do setor PS-D. Juntas, infecções de pele e do tecido subcutâneo (n=14; 25,4%); infecções do trato urinário (n=9; 16,4%); gastroenterites infecciosas e complicações (n=8; 14,5%) e Infecções de ouvido, nariz e garganta (n=5; 9,1%) foram responsáveis por mais de 65% das internações do setor (Apêndice F).

As 3 causas mais comuns de ICSAP do setor PS-D podem ter relação com a idade da população estudada já que mais de 60% das internações consideradas foram de pessoas com menos de 45 anos (Gráfico 3). Outros estudos parecem indicar que infecções nesses sítios tem participação importante em internações de adolescentes e adultos jovens.

Magalhães e Moraes (2017), por exemplo, em um estudo sobre internações no município de Goiânia entre 2008 a 2013, descreveram infecções no rim e trato urinário (ITU), gastroenterites infecciosas e complicações (GECA) e infecções da pele e tecido subcutâneo como as principais causas de ICSAP de pessoas com idades entre 10 e 39 anos. Apesar da semelhança na proporção de causas de ICSAP para a faixa etária estudada, as taxas padronizadas de internações por essas causas entre as PPL de Foz do Iguaçu são muito maiores do que a da literatura consultada.

Em 2010, o estudo de Magalhães e Moraes (2017) aponta que no distrito sanitário de Goiânia com piores resultados (Campinas Centro) para a faixa etária de maior incidência (10 e 39 anos), as internações por GECA, ITU e infecções da pele e tecido subcutâneo foram de 6,3; 28,69 e 5,69 por 10.000 habitantes respectivamente.

Boing *et al.* (2012) aponta que gastroenterites infecciosas foram causas comuns de internações por condições sensíveis à atenção primária em todo Brasil entre 1998 e 2009. As taxas de internação do autor oscilaram, contudo, entre 30 e 40 internações pela doença para cada 10.000 habitantes, evidenciando que as PPL de Foz do Iguaçu (cuja taxa padronizada foi de 70,57 internações por GECA para cada 10.000 habitantes) têm quase duas vezes mais chance de ser internada por essa causa do que a população brasileira do início do século (Apêndice F).

Outra diferença é que no estudo de Boing *et al.* (2012), gastroenterites foram a principal causa de internações por condições sensíveis à APS em todos os anos enquanto entre as PPL de Foz do Iguaçu (Apêndice F), as internações por infecções de pele e subcutâneo foram as ICSAP mais comuns, seguidas das internações por

infecções do trato urinário (ITU). Na população privada de liberdade de Foz do Iguaçu, a taxa padronizada de internações por infecções de pele e subcutâneo (123,5 internações para cada 10.00 habitantes) foi mais de 25 vezes maior que a taxa da população brasileira em todos os anos estudados por Boing *et al.* (2012), que variou entre 3 e 5 internações para cada 10.000 habitantes. Enquanto a chance de se internar ITU foi duas vezes maior entre os privados de liberdade (79,4 internações por 10.000 habitantes) em comparação com os resultados do estudo com a população brasileira (que variou entre 6 e 8 internações por 10.000 habitantes).

As taxas de internações por doenças cerebrovasculares, hipertensão e insuficiência cardíaca no setor PS-D não foram distantes às encontrados por Boing *et al.* (2012) na população brasileira entre 1998 e 2009 que variaram de 5 a 15 e de 6 a 30 internações por 10.000 habitantes, respectivamente. Internações por condições crônicas e doenças do aparelho circulatório parecem mais prevalentes entre adultos mais velhos (40 a 59 anos) e idosos (mais de 60 anos), apontam Magalhães e Moraes (2017), o que poderia explicar a menor prevalência na população carcerária predominantemente jovem.

## 7.5 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS PARA ALÉM DO INDICADOR – INTERNAÇÕES DO SETOR PS-D COM MENOS DE 24 HORAS

As ICSAP como indicador padronizado pela lista brasileira têm se mostrado um instrumento útil e bastante interessante para se avaliar o acesso à APS de qualidade no país seja ao longo do tempo, seja como comparação entre grupos específicos, como apontado no tópico 7.4.

O indicador, contudo, não esgota e nem se propõe a esgotar todas as causas de internações evitáveis no país e, estudos menores e *in loco* como este, ao abrir mão de outros recursos podem ser úteis na avaliação da realidade de grupos específicos. Nessa perspectiva, este estudo dividiu as internações com menos de 24 horas e desfecho “alta hospitalar” em 2 grupos: internações justificadas e internações inapropriadas.

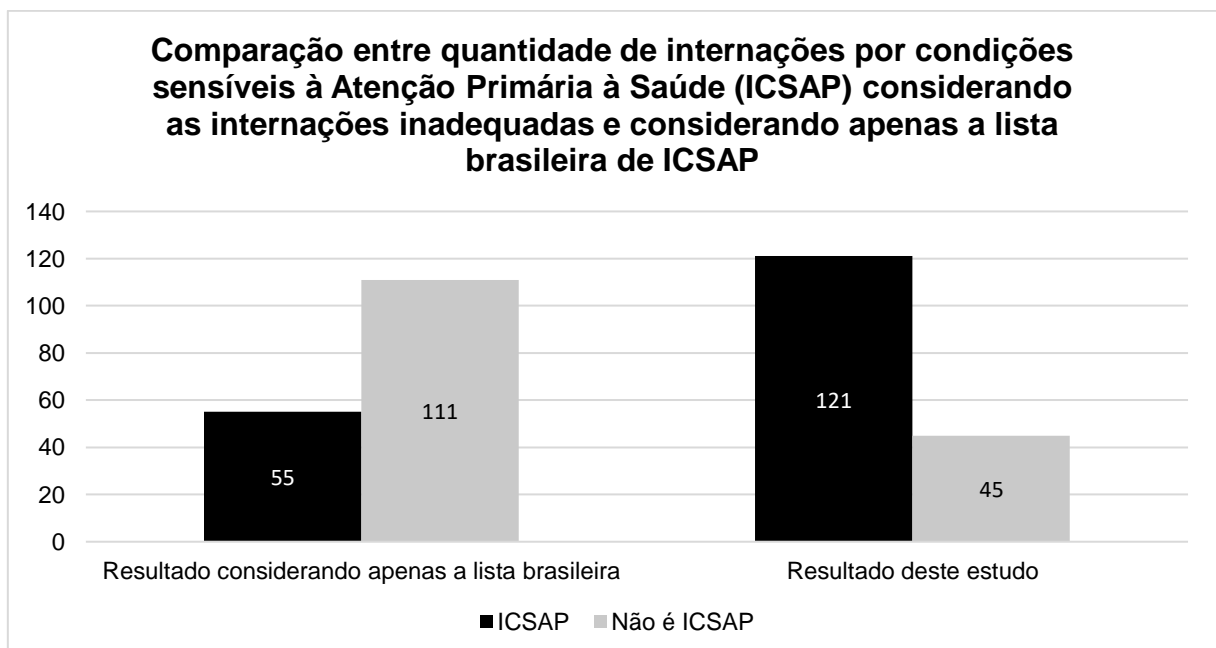
As internações justificadas são aquelas que tinham indicação da avaliação de especialista ou realização de exames não presentes nas UPAs do município por se entender que chegariam ao Pronto Socorro do hospital devido ao fluxo caso fossem atendidas inicialmente em outros pontos da rede de saúde local. Internações que

tivessem passagem pelo centro cirúrgico também contariam como justificadas, mas todos os pacientes que passaram pelo centro cirúrgico ficaram internados por mais de 1 dia.

As internações inapropriadas são todas aquelas com menos de 24 horas que não se encaixaram em nenhum desses critérios, uma vez que se entendeu que uma equipe de saúde prisional seria capaz de sanar totalmente a demanda caso contasse com recursos adequados *in loco* (medicação, exames, celas de observação, entre outros). Todos os internamentos com menos de 24 horas tiveram como desfecho “alta melhorado”.

Essa avaliação só foi possível pelo fluxo direto das demandas de urgência e emergência das pessoas privadas de liberdade do município ao HMPGL no período estudado. Como resultado, 66 internações cujo CID-10 não faziam parte da lista brasileira de ICSAP foram consideradas inapropriadas e, portanto, sensíveis à APS (Gráfico 7).

**Gráfico 7 - Comparação entre quantidade de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) considerando as internações inadequadas e considerando apenas a lista brasileira de ICSAP**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Dos 150 atendimentos não psiquiátricos realizados no setor, em 92 (61%) o paciente permaneceu no hospital por menos de 24 horas. Dentre eles, 85 (92%) não

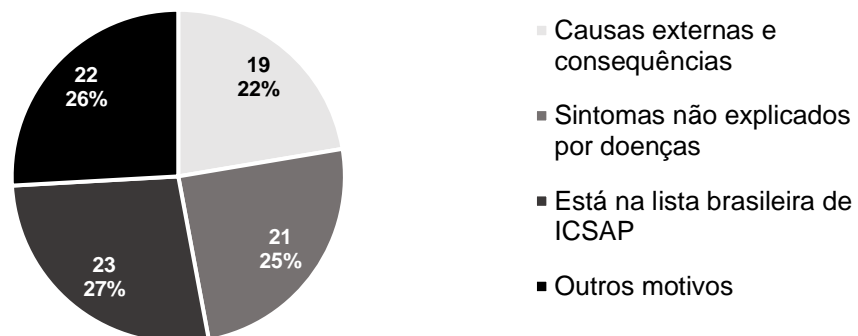
tiveram procedimento ou outro fator que justificasse o internamento registrado em prontuário e foram consideradas inapropriadas, enquanto 7 (8%) tiveram alguma justificativa (tópico 7.6.1).

A lista brasileira de ICSAP foi capaz de identificar apenas 27% (Gráfico 8) das internações consideradas inapropriadas por este estudo. Dentre as 62 (73%) internações por causas não listadas, destacam-se causas externas e suas consequências, sintomas não explicados por doença e sinais vitais alterados como principais motivos de internação (Gráfico 8).

Essas internações inapropriadas que, a princípio, poderiam ser evitadas com uma APS resolutive e para as quais o indicador não é sensível poderiam explicar a queda de internações por condições não sensíveis que acompanhou a queda de ICSAP encontrada em estudos maiores como os de Pinto e Giovanella (2018), Brasil e Costa (2016) e Alfradique (2009). Como já era de se esperar, uma APS resolutive pode ser capaz de reduzir ainda mais internações do que o indicador é capaz de estimar.

**Gráfico 8 - Causas de internação inapropriadas no setor PS-D entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024**

**Causas de internação inapropriadas no setor PS-D entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

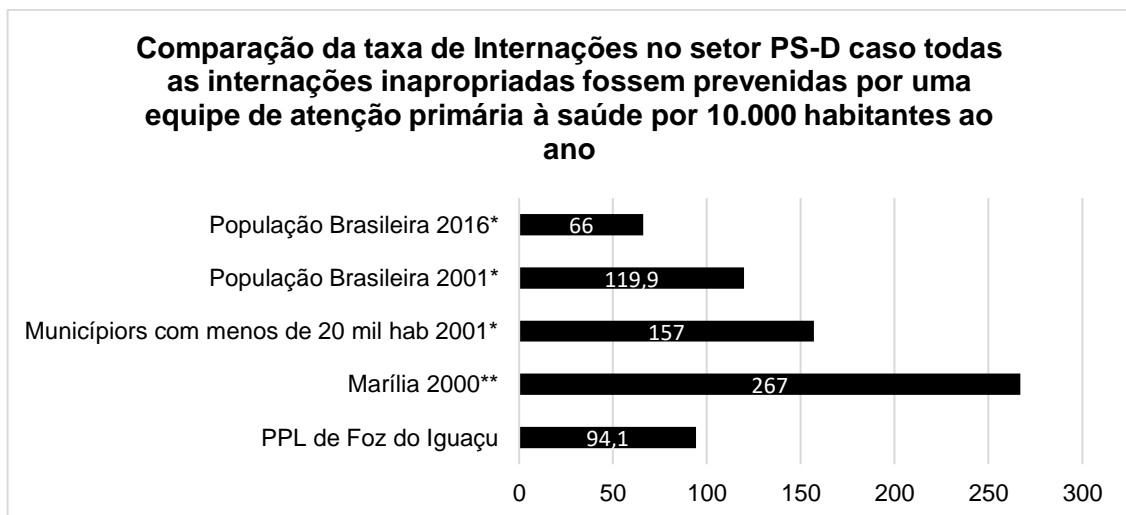
É difícil afirmar com certeza que uma internação não deveria ocorrer na vigência de uma APS oportuna. Como forma de se discutir se as queixas das internações consideradas inapropriadas por este estudo realmente poderiam ter sua resolução por meio de uma APS oportuna, utilizou-se a Carteira de Serviços da

Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), proposta pelo Ministério da Saúde como forma de definir o escopo dos serviços a serem ofertados por uma UBS (Cunha *et al.*, 2020).

Em pelo menos 55 das 62 internações há referência ao motivo de internação como atribuição da APS na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde. É difícil dizer que apenas por estarem listadas na CaSAPS, internações não precisariam de atendimento hospitalar. Contudo, os critérios de internações inapropriadas deste estudo (menos de 24 horas com ausência de exames, procedimentos e especialistas hospitalares) parecem indicar que os quadros não eram graves o bastante para justificar um internamento.

Em um cenário ideal, no qual nenhum desses atendimentos inapropriados ocorressem, o indicador ICSAP poderia reduzir em até 5 vezes no setor PS-D (Gráfico 9). No caso dos atendimentos do setor PS-D, cada internação que não deveria ocorrer envolve, para além dos custos do tratamento, preocupações com transporte e segurança.

**Gráfico 9 - Comparação da taxa de Internações no setor PS-D caso todas as internações inapropriadas fossem prevenidas por uma equipe de atenção primária à saúde**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

\* Dados de Pinto e Giovanella (2018)

\*\* Dados de Rehem e Egry (2011)

### 7.5.2 Internações devido a Sintomas Não Explicados por Doença

Um grupo de motivos de internações inapropriadas registrado em prontuário no setor PS-D que chama bastante atenção são os sintomas clinicamente inexplicados

(SCIs). O Tratado Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade aponta que queixas corporais que permanecem inexplicadas pela doença são responsáveis por quase metade das consultas em clínica geral e costumam ter resolução espontânea em até 4 semanas (Gusso *et al.*, 2019).

Ao todo, os SCIs representaram mais de um terço (n=21; 33,9%) das internações do setor PS-D com menos de 24 horas não listada na lista brasileira de ICSAP. Todos os internamentos por essas causas tiveram “alta melhorado” como desfecho e nenhuma foi justificada, indicando resolução apenas com medicação que muito provavelmente poderia ser realizada em estabelecimentos com nível inferior de tecnologia, tais como unidades básicas de saúde ou UPAs (Quadro 6).

Nesse grupo, dores foram bastante prevalentes e responsáveis por, pelo menos, 17 (27,4%) das internações inapropriadas do período não listadas pelo ministério da saúde como ICSAP. Dentre elas, apenas convulsão e retenção urinária não estão listadas na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) publicada pelo Ministério da Saúde em 2020.

**Quadro 6 – Quantidade de internações consideradas inapropriadas por sintomas não explicados por doença caracterização quanto ausente ou presente na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**

<b>Motivo de internação</b>	<b>Cid-10 atribuído</b>	<b>Está na CaSAPS?</b>	<b>Número de vezes</b>
Dispepsia	K30	Sim	2
Dispneia	R06.0	Sim	1
Dor precordial	R07.2	Sim	1
Dor abdominal	R10	Sim	7
Retenção urinária	R33	Não	1
Febre	R50.9	Sim	1
Cefaleia	R51	Sim	2
Lombalgia	M54	Sim	4
Dor aguda em tornozelo	R52	Sim	1
Convulsão	R56	Não	1

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Um ponto interessante é que esse grupo de diagnósticos tem perfil semelhante ao encontrado por Castro *et al.* (2012) que estudou um grupo de 1.061 pacientes acolhidos em uma UBS de São Paulo no ano de 2007. Segundo a autora, em torno de 80% (n=853) das buscas à unidade de saúde no período de fevereiro a março daquele ano foram por algum sintoma, sendo 20% (n=170) por dor musculoesquelética; 4,5% (n=38) por falta de ar; 3,9% (n=33) por febre; 10,8% (n=92) por febre/diarreia e 5% (n=43) por cefaleia.

### 7.5.3 Internações Inapropriadas por Causas Externas e Suas Consequências

Dentre os motivos de internação não listados, causas externas (códigos CID-10 com S, T, V ou Y) foram bastante relevantes, representando 19 (31%) dos internamentos considerados inadequados no setor (Tabela 8). Ferimentos, luxações, corpos estranhos em orifícios e quedas pareceram ter participação importante neste total (Apêndice G).

**Tabela 8 - Motivos de internação no setor PS-D dos internamentos considerados inadequados sem motivo de internamento contido na lista brasileira de ICSAP, por capítulo do Cid-10**

<b>Capítulo do Cid-10</b>	<b>Quantidade</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3
Doenças do sistema nervoso	1
Doenças do olho e anexos	2
Doenças do aparelho circulatório	1
Doenças do aparelho digestivo	4
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4
Doenças do aparelho geniturinário	3
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	18
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	13
Causas externas de morbidade e de mortalidade	6

Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	4
Total	62

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Outros estudos também encontraram altas prevalências de internação por causas externas/envenenamento em privados de liberdade e egressos do sistema prisional na Austrália, nos Estados Unidos e na Escócia. Essas causas só foram responsáveis por menos dias de internação do que transtornos psiquiátricos no primeiro caso, representaram 12,7% das internações após saída do cárcere no segundo e causaram 64% das internações em um setor de Pronto Socorro de referência no terceiro (Alan *et al.*, 2011; Boyce *et al.*, 2003; Wang e Wang, 2013).

Apesar de traumas e autolesões muitas vezes precisarem de atendimento de emergência em UPAs ou hospitais a depender da gravidade, a CaSAPS ressalta que a prevenção de acidentes domésticos, quedas, fraturas e suicídios faz parte das atribuições da APS. Na população privada de liberdade do município, programas voltados para a prevenção de traumas e trabalhos de saúde mental voltados a prevenção suicídio aparentam ser formas interessantes de se reduzir internamentos.

#### 7.5.4 Outras Causas de Internações Inapropriadas

Outras causas diversas foram responsáveis por 22 internações no setor PS-D durante o período estudado. Desse total, 18 diagnósticos tinham seu manejo contido na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Quadro 7).

Como não houve manutenção de internação por mais de 24 horas ou necessidade de profissionais/equipamentos exclusivamente hospitalares, essas internações foram consideradas inappropriate. A princípio, considerando os diagnósticos listados no Quadro 7 abaixo, parece justo presumir que uma equipe de atenção primária seria capaz de sanar essas queixas em sua rotina.

**Quadro 7 - Quantidade de internações consideradas inapropriadas no setor PS-D não classificadas acima e caracterização quanto a presença ou ausência na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde**

<b>Motivo de internação</b>	<b>Cid-10 atribuído</b>	<b>Está na CaSAPS?</b>	<b>Número de vezes</b>
Dengue	A90	Sim	3
Hipoglicemia	E16	Sim	3
Paralisia de Bell	G51.0	Não	1
Hordéolo	H00	Sim	1
Pterígio	H11.0	Não	1
Trombose venosa profunda	I82	Não	1
Gastrite hemorrágica aguda	K29.0	Não	1
Constipação	K59.0	Sim	1
Calculose do rim e do ureter	N20	Sim	2
Hiperplasia Prostática Benigna	N40	Sim	1
Hiperglicemia	R73	Sim	3
Troca de cistostomia	Z43.5	Sim	1
Troca de Sonda Vesical de Demora	Z45.9	Sim	1
Renovação de medicação para asma	Z76.0	Sim	1
Simulação	Z76.5	Não	1

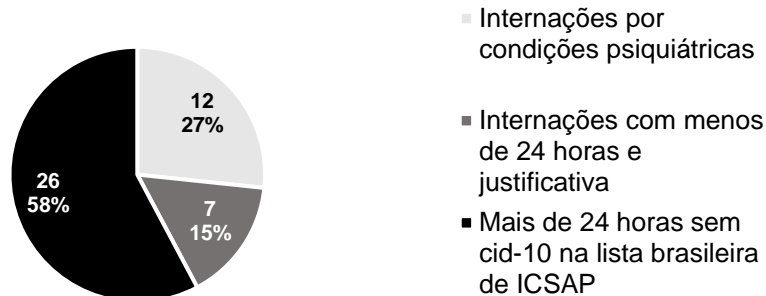
Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

## 7.6 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES NÃO SENSÍVEIS À APS

Como já discutido, dos 166 atendimentos considerados por este estudo, em 45 o motivo de internação foi considerado não sensível à APS (Gráfico 10). Dentro desse grupo, 12 internações foram por condições psiquiátricas (discutidas no tópico 7.3), 7 foram internações com menos de 24 horas com justificativa e 26 foram internações com mais de 24 horas por condições não listadas na lista brasileira de ICSAP.

**Gráfico 10 - Causas de internações por condições não sensíveis à Atenção Primária à Saúde no setor PS-D entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024**

**Causas de internações por condições não sensíveis à Atenção Primária à Saúde no setor PS-D entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

#### 7.6.1 Internações Justificadas

Dos 92 atendimentos não psiquiátricos com menos de 24 horas realizados no setor, 7 (8%) tiveram algum procedimento ou outro fator que justificasse o internamento registrado em prontuário e foram considerados adequados (Quadro 8). Todos os internamentos com menos de 24 horas tiveram como desfecho “alta melhorado”.

**Quadro 8 - Lista de internações com menos de 1 dia consideradas não sensíveis à APS**

<b>Justificativa para internamento</b>	<b>Diagnóstico que causou a internação</b>	<b>CID-10</b>	<b>Especialista necessário</b>	<b>Exame necessário</b>
Avaliação de especialistas	Fratura de metacarpo	S62	Ortopedista	-
Avaliação de especialistas	Fratura exposta em dedo	S62	Ortopedista	-
Avaliação de especialistas	Fratura do hálux	S92.4	Ortopedista	-
Avaliação de especialistas	Queda de moto	V28	Ortopedista	-

Avaliação de especialistas	Traumatismo do olho	S05	Oftalmologista	-
Necessidade de exame	Náusea (retorno para realização de exames pós operatórios)	R11	-	Tomografia Computadorizada
Necessidade de exame	Agressão por meio de força corporal	Y04	-	Tomografia Computadorizada

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

O perfil de internações justificadas parece semelhante ao de internações inapropriadas com alta prevalência de lesões por causas externas. A diferença parece estar relacionada a gravidade que necessitou de avaliação de especialista médico ou exame de alto grau tecnológico.

#### 7.6.2 Internações Com Mais de 24 Horas por Condições Não Sensíveis à APS

Das 26 internações não psiquiátrica e não sensíveis à APS com mais de 24 horas, apenas uma teve óbito como desfecho registrado (apêndice H). Pelo visto, mesmo com uma APS ideal capaz de reduzir em 100% as ICSAP consideradas neste estudo, doenças do aparelho digestivo e do aparelho geniturinário ainda seriam responsáveis por internações dentre os privados de liberdade do município (Tabela 9).

**Tabela 9 - Internações por condições não psiquiátricas e não sensíveis à Atenção Primária à Saúde com mais de 24 horas no setor PS-D entre novembro e fevereiro**

<b>Capítulo do Cid-10</b>	<b>Quantidade</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1
Doenças do aparelho respiratório	1
Doenças do aparelho digestivo	9
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2
Doenças do aparelho geniturinário	5

---

Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	4
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	3
<b>Total</b>	<b>26</b>

---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades previstas na prestação de serviços de saúde às PPL são inúmeras (Minayo e Constantino, 2015; Silva *et al.*, 2020). A novidade neste trabalho foi demonstrar que as eAPPs bem equipadas e em quantidade suficiente tem potencial para resolver mais de 73% das demandas dessa população, podendo se assemelhar a resolutividade de equipes de APS que atendem a população em geral.

Os resultados deste estudo indicam que a chance de uma pessoa privada de liberdade internar no município de Foz do Iguaçu por CSAP foi pelo menos duas vezes maior que o de uma pessoa no início do século nos piores cenários descritos pela literatura encontrada. Isso pode ser evidência de uma preocupante realidade da saúde da população carcerária do município que necessitará de políticas públicas adequadas.

O setor PS-D parece estar atuando como resposta episódica à agudização de condições crônicas e à necessidade de atendimento médico na ausência de uma APS oportuna e acessível. Essa descoberta tem implicações importantes ao indicar urgência na expansão da APS Prisional do município e na adesão à PNAISP como forma de garantir acesso à saúde integral para as pessoas privadas de liberdade. Ao que parece, garantir acesso adequado a Atenção Primária à Saúde dessa população poderia, inclusive, reduzir custos com internações evitáveis durante o cárcere e, até mesmo, após saída do mesmo.

A utilização do indicador com critérios locais que extrapolam a lista brasileira de ICSAP, por outro lado, pareceu aumentar a sensibilidade do estudo, permitindo, através de questões contextuais bastante específicas alcançar maior profundidade de discussão. Como era de se esperar, equipes de Atenção Primária parecem capazes de reduzir ainda mais internações do que a lista brasileira é capaz de contar e o indicador provavelmente representa apenas a ponta de um “iceberg”.

Novos estudos no setor PS-D após implantação da quantidade ideal de equipes de Atenção Primária Prisional também serão necessários para avaliar o quanto o PNAISP será capaz de efetivamente reduzir internações e o quanto a proporção de eAPPs por privado de liberdade influencia na alta demanda pelo setor. Nesse caso, os resultados deste estudo poderão servir como base de comparação para o comportamento das ICSAP entre as PPL do município no decorrer dos anos.

O perfil dos principais motivos de internação da população privada de liberdade do município e a maior probabilidade internação desse grupo em comparação com a população brasileira pareceu bastante similar com o de estudos internacionais sobre busca de serviços de emergência por internos e egressos do sistema prisional (Alan *et al.*, 2011; Andrade *et al.*, 2019; BOYCE *et al.*, 2003; Erlyana *et al.*, 2014; Tuinema *et al.*, 2020; Wang e Wang, 2013). No geral, infecções, lesões por causas externas e condições psiquiátricas são causas prevalentes de internações entre os privados de liberdade de Foz do Iguaçu, indicando pontos estratégicos de saúde dessa população que deverão ser considerados por gestores locais.

Em princípio, essas informações não tem tanta relevância epidemiológica a nível nacional, já que pelas limitações da metodologia deste estudo não se pode inferir que a realidade das PPL de Foz do Iguaçu reflete a realidade de todo o país. Considerando, contudo, os poucos estudos a respeito de internações de privados de liberdade na literatura nacional, as principais causas de internação descritas por este estudo podem servir de referência a eAPPs, gestores e novos pesquisadores que identifiquem padrão semelhante em populações carcerárias pelo Brasil.

## REFERÊNCIAS

ALAN, Janine *et al.* Inpatient hospital use in the first year after release from prison: a Western Australian population-based record linkage study. **Australian and New Zealand journal of public health**, v. 35, n. 3, p. 264-269, 2011.

ALFRADIQUE, Maria Elmira *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1337-1349, 2009.

ANDRADE, Dominique F. *et al.* Emergency health service contact and reincarceration after release from prison: a prospective cohort study. **Criminal Behaviour and Mental Health**, v. 29, n. 2, p. 85-93, 2019.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

BAILLARGEON, Jacques; HOGE, Stephen K.; PENN, Joseph V. Addressing the challenge of community reentry among released inmates with serious mental illness. **American journal of community psychology**, v. 46, p. 361-375, 2010.

BARBOSA, Mayara Lima *et al.* Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, p. 517-524, 2022.

BARROS, Rafael Damasceno de; AQUINO, Rosana; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4289-4301, 2022.

BASILE, Jan; BLOCH, Michael j. Overview of hypertension in adults. In: **UpToDate**. 2024.

BINSWANGER, Ingrid A.; KRUEGER, Patrick M.; STEINER, John F. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 63, n. 11, p. 912-919, 2009.

BOING, Antonio Fernando *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 359-366, 2012.

BOTELHO, Janaina Furtado; PORTELA, Margareth Crisóstomo. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00050915, 2017.

BOYCE, S. H. *et al.* Impact of a newly opened prison on an accident and emergency department. **Emergency medicine journal**, v. 20, n. 1, p. 48-51, 2003.

BRASIL (Brasil). Ministério da Saúde. **Cartilha Plano Nacional De Saúde No Sistema Penitenciário**. 1ª edição. ed. Brasília/DF: [s. n.], 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_pnssp.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf). Acesso em: 13 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias - SISDEPEN. Brasília: **SISDEPEN**, 2024a. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/sisdepen>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL, M. S. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF.: Editora MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: **CNES**, 2024b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Brasília: **TabNet**, 2024c. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica. Brasília: **Financiamento APS**, 2024d. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 jun. 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. (03 jan 2014); Seção 1, 18-21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 06 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 221, de 17 de abril de 2008**. Define a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 70, 18 abr. 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html). Acesso em: 26 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e**

**agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003.** Brasília, 09 set. 2003. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777\\_09\\_09\\_2003.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777_09_09_2003.html). Acesso em: 18 jul. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2298, de 09 de setembro de 2021.** Dispõe sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 09 set. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.298-de-9-de-setembro-de-2021-343833792>. Acesso em: 18 jul. 2023.

BRASIL, Vinicius Paim; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina-estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 75-84, 2016.

CABRAL, Dayane MC *et al.* Estudo do acolhimento de uma unidade básica de saúde na cidade de São Paulo. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 15, n. 3, 2012.

CALDART, Raquel Voges *et al.* Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1597-1606, 2016.

CARVALHO, Márcia Lazaro de *et al.* Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 461-471, 2006.

CASTRO, Dayanna M de *et al.* Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00209819, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM n. 1451/95**, de 17 de março de 1995.

CUNHA, Carlo Roberto Hackmann da *et al.* Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, p. 1313-1326, 2020.

D'SOUZA, Rennie M.; BUTLER, Tony; PETROVSKY, Nikolai. Assessment of cardiovascular disease risk factors and diabetes mellitus in Australian prisons: is the prisoner population unhealthier than the rest of the Australian population?. **Australian and New Zealand journal of public health**, v. 29, n. 4, p. 318-323, 2005.

ERLYANA, Erylana; FISHER, Dennis G.; REYNOLDS, Grace L. Emergency room use after being released from incarceration. **Health & Justice**, v. 2, p. 1-7, 2014.

FRANK, Joseph W. *et al.* Emergency department utilization among recently released prisoners: a retrospective cohort study. **BMC emergency medicine**, v. 13, p. 1-8, 2013.

FREUDENBERG, Nicholas. Jails, prisons, and the health of urban populations: a review of the impact of the correctional system on community health. **Journal of Urban Health**, v. 78, p. 214-235, 2001.

GREEN, Larry A. *et al.* The ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, 2001.

GUSSO, Gustavo *et al.* **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. V. 1 e 2. Porto Alegre: Artmed, 2019.

LOENEN, Tessa V. *et al.* Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. **Family practice**, v. 31, n. 5, p. 502-516, 2014.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J.; PHIL, D. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. **N Engl J Med**, v. 372, n. 23, p. 2177-81, 2015.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.

MAGALHÃES, Alessandro Leonardo Alvares; MORAIS, Otaliba Libânio de. Desigualdades intraurbanas de taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária na região central do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2049-2062, 2017.

MALLIK-KANE, Kamala; VISHNER, Christy Ann. Health and prisoner reentry: How physical, mental, and substance abuse conditions shape the process of reintegration. **Washington, DC**: Urban Institute Justice Policy Center, 2008.

MELGAÇO, Aglaé Martins; TORRES, Renata Himovski. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP): uma análise do seu processo de implementação no contexto atual do sistema prisional paranaense. **Revista do Legislativo Paranaense**, n. 4, p. 133-150, 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CONSTANTINO, Patricia. *Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MONTEIRO, Felipe Mattos; CARDOSO, Gabriela Ribeiro. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária: um debate oportuno. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 13, n. 1, p. 93-117, 2013.

MORIMOTO, Tissiani; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Análise descritiva dos gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 295-300, 2019.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho *et al.* **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís, 2016.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução nº 241/2022, de 29 de março de 2022**. Curitiba, 2022. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Resolucoes>. Acesso em: 9 jun. 2024.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

REHEM, Tania Cristina Moraes Santa Barbara; EGRY, Emiko Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4755-4766, 2011.

ROSANO, Aldo *et al.* The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **The European Journal of Public Health**, v. 23, n. 3, p. 356-360, 2013.

SANTOS, Filipe Malta dos *et al.* Associação entre internações por condições sensíveis e qualidade da atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 85, 2023.

SANTOS, Hudson Francisco de Assis Cardoso *et al.* **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência–RUE**. 2015.

SANTOS, Paulo Roberto Felix dos *et al.* Encarceramento em massa e racismo: a realidade no sistema prisional sergipano. **Revista Katálysis**, v. 25, p. 291-302, 2022.

SHAVIT, Shira *et al.* Transitions clinic network: challenges and lessons in primary care for people released from prison. **Health Affairs**, v. 36, n. 6, p. 1006-1015, 2017.

SILVA, Luiza Furtado e; CHAOUBAH, Alfredo; CAMPOS, Estela Márcia Saraiva. Hospitalizations by Primary Care Sensitive Conditions: prevalence and costs in the state of Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, p. e31020176, 2023.

SILVA, Polyanna Bezerra Alves da *et al.* Assistência de enfermagem prestada às pessoas privadas de liberdade no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20170809, 2020.

SOUZA, Dayane Kelle de; PEIXOTO, Sérgio Viana. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 285-294, 2017.

TANENBAUM, Joseph *et al.* Association of a regional health improvement collaborative with ambulatory care-sensitive hospitalizations. **Health Affairs**, v. 37, n. 2, p. 266-274, 2018.

THOMAS, Emma G. *et al.* Health-related factors predict return to custody in a large cohort of ex-prisoners: New approaches to predicting re-incarceration. **Health & Justice**, v. 3, p. 1-13, 2015.

TUINEMA, John *et al.* Emergency department use in people who experience imprisonment in Ontario, Canada. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, v. 22, n. 2, p. 232-240, 2020.

VIACAVA, Francisco *et al.* **Boletim Informativo do PROADESS**, nº 9, out./2022: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): análise descritiva por sexo e idade e diagnósticos principais. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT, 2022. 16 p.

WANG, Emily A.; WANG, Yongfei; KRUMHOLZ, Harlan M. A high risk of hospitalization following release from correctional facilities in Medicare beneficiaries: a retrospective matched cohort study, 2002 to 2010. **JAMA internal medicine**, v. 173, n. 17, p. 1621-1628, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Pan American Health Organization (PAHO). 2007. **Renewing Primary Health Care in the Americas**: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO), Washington, D.C., 2007. Disponível em: [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renewing\\_Primary\\_Health\\_Care\\_Americas-PAHO.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renewing_Primary_Health_Care_Americas-PAHO.pdf). Acesso em: 26 dez. 2023.

**APENDICES****APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA DO HMPGL**

**Título do projeto:** PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SETOR DE INTERNAÇÃO DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM HOSPITAL PÚBLICO DE FOZ DO IGUAÇU

**Pesquisadores:** Matheus Henrique Jucá, Luis Fernando Boff Zarpelon

**Local da pesquisa:** Hospital Municipal Padre Germano Lauck

**Responsável pelo local de realização da pesquisa:**

Eu, (NOME DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL), portador da carteira de identidade nº (NÚMERO DO RG), expedida pelo (ÓRGÃO/UF), CPF (NÚMERO DO CPF), na condição de (CARGO OCUPADO), autorizo o uso do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), localizado no (ENDEREÇO DO LOCAL) para realização do Projeto PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SETOR DE INTERNAÇÃO DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM HOSPITAL PÚBLICO DE FOZ DO IGUAÇU proposto pelo Matheus Henrique Jucá, durante o período novembro de 2023 a junho de 2024 de execução do mesmo, dentro da disponibilidade de datas e horários sem prejudicar a realização das atividades já existentes no local, os quais o(s) pesquisador(es) acima identificado(s) está(estão) autorizado(s) a realizar a pesquisa e a coleta dados, que serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa segundo as normas da Resolução 466/2012 e 510/2015 CNS/MS e suas complementares.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Diretor Responsável HMPGL

## APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

**Título do Projeto:** PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SETOR DE INTERNAÇÃO DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM HOSPITAL PÚBLICO DE FOZ DO IGUAÇU

**Pesquisadores:** Matheus Henrique Jucá, Luis Fernando Boff Zarpelon

**E-mail:** mh.juca.2018@aluno.unila.edu.br

Os pesquisadores acima identificados assumem o compromisso de:

1. Preservar a privacidade dos sujeitos de pesquisa e dados coletados;
2. Preservar as informações que serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
3. Divulgar as informações somente de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
4. Respeitar todas as normas da Resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares na execução deste projeto.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Matheus Henrique Jucá

---

Prof<sup>a</sup>. Luis Fernando Boff Zarpelon

APÊNDICE C – ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE NAS PENITENCIÁRIAS DE FOZ DO IGUAÇU, SEGUNDO SISDEPEN

	<b>CPLN</b>	<b>PEF</b>	<b>PEF II</b>	<b>PEF IV</b>	<b>PFF-UP</b>
<b>Consultório médico (Quantidade)</b>	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)
<b>Consultório odontológico (Quantidade)</b>	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)
<b>Sala de coleta de material para laboratório (Quantidade)</b>	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)
<b>Sala de curativos, suturas, vacinas e posto de enfermagem (Quantidade)</b>	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)
<b>Cela de observação (Quantidade)</b>	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Não (0)
<b>Farmácia ou sala de estoque, dispensação de medicamentos</b>	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)
<b>Sala de atendimento clínico multiprofissional (Quantidade)</b>	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)
<b>Sala de procedimentos (Quantidade)</b>	Não (0)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Não (0)
<b>Médicos - clínicos gerais (Quantidade)</b>	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)
<b>Enfermeiros (Quantidade)</b>	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)
<b>Auxiliares ou técnicos de enfermagem (Quantidade)</b>	Não (0)	Sim (1)	Sim (1)	Não (0)	Não (0)
<b>Psicólogos (Quantidade)</b>	Não (0)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)
<b>Dentistas (Quantidade)</b>	Não (0)	Sim (1)	Sim (1)	Não (0)	Sim (1)

Fonte: SISDEPEN

CPLN: Cadeia Pública Laudemir Neves; PEF: Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu; PEF II: Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu 2; PEF IV: Penitenciária Estadual De Foz Do Iguaçu IV; PFF-UP: Penitenciária Feminina De Foz Do Iguaçu

## APÊNDICE D – QUANTIDADE PACIENTES POR MUNICÍPIO

<b>Bahia</b>	Laranjeiras do Sul: 1	Três barras do paraná: 1
Ipira: 1	Londrina: 2	Umuarama: 2
Mundo Novo: 1	Mambore: 1	
	Marechal Candido	<b>Paraguai: 2</b>
<b>Mato Grosso</b>	Rondon: 1	
Aripuana: 1	Maringá: 1	<b>Rio de Janeiro</b>
	Matelândia: 2	Barra do pirai: 1
<b>Mato Grosso do Sul</b>	Medianeira: 6	
Mundo Novo: 1	Missal: 1	<b>Rio Grande do Sul</b>
	Morretes: 1	Caibato: 1
<b>Minas Gerais</b>	Nova aurora: 1	Sapiranga; 1
Bom Sucesso: 1	Palmeira: 1	São José do Ouro: 1
Canaa: 1	Palotina: 1	Santana do Livramento: 1
	Pinhão: 1	
<b>Paraná</b>	Ponta Grossa: 3	<b>Santa Catarina</b>
Assis Chateaubriand: 5	Prudentópolis: 1	Chapeco: 1
Bandeirantes: 1	Quedas do Iguaçu: 2	Florianópolis: 1
Barbosa Ferraz: 1	Reserva: 1	Monte Carlo: 1
Campina da Lagoa: 1	Salto do Lontra: 1	São Carlos: 1
Cascavel: 6	Santa Helena: 2	
Céu Azul: 2	Santa Izabel do Oeste: 1	<b>São Paulo</b>
Cianorte: 2	Santa Terezinha de Itaipu:	Guarulhos: 1
Curitiba: 4	2	Ourinhos: 1
Foz do Iguaçu: 29	Santo Antônio da Platina:	Ribeirão Preto: 1
Guaira: 1	1	Santo expedito: 1
Guaraniaçu: 2	Santo Antônio do	Santos: 1
Guarapuava: 2	Sudoeste: 1	
Ivaiporã: 1	São Jorge do Ivaí: 1	<b>Sergipe</b>
Janiópolis: 1	São Miguel do Iguaçu: 4	Porto da Folha: 1
Jesuítas: 3	Terra Rica: 1	
Juranda: 1	Toledo: 1	

APÊNDICE E – QUANTIDADES DE REGISTROS DE DCNT E SEUS FATORES DE RISCO POR FAIXA ETÁRIA NO SETOR PS-D

<b>18 - 34 anos</b>	
<b>DCNT ou fator de risco</b>	<b>Quantidade</b>
Tabagismo	5
Tabagismo, Consumo abusivo de álcool	3
Consumo abusivo de álcool	1
DM insulino dependente	1
HAS	1
Sem comorbidades	63
Total	74

<b>35 - 45 anos</b>	
<b>DCNT ou fator de risco</b>	<b>Quantidade</b>
Tabagismo	5
Tabagismo, Consumo abusivo de álcool	2
DM insulino dependente	1
DM insulino dependente, HAS	1
DM não insulino dependente, HAS	1

HAS, Tabagismo	1
HAS, Tabagismo, Consumo abusivo de álcool	1
Sem comorbidades	27
Total	39

<b>46 - 60 anos</b>	
<b>DCNT ou fator de risco</b>	<b>Quantidade</b>
Tabagismo	3
HAS, Consumo abusivo de álcool	1
HAS, Tabagismo	1
Tabagismo, Consumo abusivo de álcool	1
Sem comorbidades	8
Total	14

<b>Mais de 60 anos</b>	
<b>DCNT ou fator de risco</b>	<b>Quantidade</b>
DM não insulinodependente, HAS	4
Neoplasia	2
Neoplasia, HAS	2

DM	
insulinodependente,	1
HAS	
DM não	
insulinodependente,	1
HAS, Tabagismo	
HAS, DPOC,	1
Tabagismo	
Sem comorbidades	3
Total	14

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

APENDICE F – TAXA DE INTERNAÇÕES POR CLASSIFICAÇÃO NA LISTA BRASILEIRA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ICSAP) NO SETOR PS-D ENTRE NOVEMBRO DE 2023 E FEVEREIRO DE 2024

<b>Classificação na lista brasileira de ICSAP</b>	<b>Cid-10</b>	<b>Quantidade de internações</b>	<b>Taxa padronizada para 10.000 habitantes</b>
<b>Doenças imunizáveis</b>	-	0	-
<b>Condições evitáveis</b>	A15	3	35,9
	A16	1	
<b>Gastrenterites infecciosas e complicações</b>	A09	8	71,8
<b>Anemia</b>	-	0	-
<b>Deficiências nutricionais</b>	-	0	-
<b>Infecções de ouvido, nariz e garganta</b>	J06	5	44,9
<b>Pneumonias bacterianas</b>	-	0	-
<b>Asma</b>	J45	2	17,9
<b>Infecção da via aérea inferior (IVAI)</b>	J44	2	17,9
<b>Hipertensão</b>	I10	1	9
<b>Angina pectoris</b>	-	0	-
<b>Insuficiência cardíaca (IC)</b>	I50	2	17,9
<b>Doenças cerebrovasculares</b>	I64	2	17,9
<b>Diabetes melito (DM)</b>	-	0	-
<b>Epilepsias</b>	-	0	-
<b>Infecção no rim e Infecção do trato urinário</b>	N30	4	80,7
	N34	1	
	N39.0	4	
<b>Infecções da pele e do tecido subcutâneo</b>	L02	9	125,6
	L03	4	
	L08	1	

<b>Úlcera gastrintestinal</b>	K27	2	53,8
	K92.2	4	
<b>Doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto</b>	-	0	-

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

APÊNDICE G – MOTIVOS DE INTERNAÇÃO E CID-10 ATRIBUÍDO ÀS INTERNAÇÕES INAPROPRIADAS

<b>Motivo de internação</b>	<b>Cid-10 atribuído</b>	<b>Está na lista de ICSAP?</b>	<b>Número de vezes</b>	<b>Desfecho</b>
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	A09	Sim	3	Alta melhorado
Dengue	A90	Não	3	Alta melhorado
Hipoglicemia	E16	Não	3	Alta melhorado
Paralisia de Bell	G51.0	Não	1	Alta melhorado
Hordéolo	H00	Não	1	Alta melhorado
Pterígio	H11.0	Não	1	Alta melhorado
Hipertensão arterial	I10	Sim	1	Alta melhorado
Trombose venosa profunda	I82	Não	1	Alta melhorado
Infecção aguda de vias aéreas superiores	J06	Sim	5	Alta melhorado
Crise asmática	J45	Sim	1	Alta melhorado
Gastrite hemorrágica aguda	K29.0	Não	1	Alta melhorado
Dispepsia	K30	Não	2	Alta melhorado
Constipação	K59.0	Não	1	Alta melhorado

Abscesso cutâneo, furúnculo ou antraz	L02	Sim	5	Alta melhorado
Celulite	L03	Sim	2	Alta melhorado
Lombalgia	M54	Não	4	Alta melhorado
Calculose do rim e do ureter	N20	Não	2	Alta melhorado
Cistite	N30	Sim	3	Alta melhorado
Uretrite	N34	Sim	1	Alta melhorado
Infecção do trato urinário	N39	Sim	2	Alta melhorado
Hiperplasia Prostática Benigna	N40	Não	1	Alta melhorado
Dispneia	R06.0	Não	1	Alta melhorado
Dor precordial	R07.2	Não	1	Alta melhorado
Dor abdominal	R10	Não	7	Alta melhorado
Retenção urinária	R33	Não	1	Alta melhorado
Febre	R50.9	Não	1	Alta melhorado
Cefaleia	R51	Não	2	Alta melhorado
Dor aguda em tornozelo direito	R52	Não	1	Alta melhorado
Convulsão	R56	Não	1	Alta melhorado

Hiperglicemia	R73	Não	3	Alta melhorado
Ferimento da cabeça	S01	Não	3	Alta melhorado
Traumatismo superficial de cotovelo	S50	Não	2	Alta melhorado
Ferimento do punho e da mão	S61	Não	1	Alta melhorado
Luxação, entorse ou distensão das articulações e dos ligamentos do joelho	S83	Não	2	Alta melhorado
Ferimentos do tornozelo ou do pé	S91	Não	1	Alta melhorado
Entorse de tornozelo	S93.4	Não	1	Alta melhorado
Corpo estranho em ouvido	T16	Não	1	Alta melhorado
Ingestão de corpo estranho	T18	Não	1	Alta melhorado
Seroma	T81	Não	1	Alta melhorado
Atropelamento	V03	Não	1	Alta melhorado
Queda de moto	V28	Não	1	Alta melhorado
Queda de própria altura	W01	Não	1	Alta melhorado
Agressão por meio de força corporal	Y04	Não	1	Alta melhorado
Queda de plano elevado	Y30	Não	2	Alta melhorado
Troca de cistostomia	Z43.5	Não	1	Alta melhorado

Troca de Sonda Vesical de Demora	Z45.9	Não	1	Alta melhorado
Renovação de medicação para asma	Z76.0	Não	1	Alta melhorado
Simulação	Z76.5	Não	1	Alta melhorado

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

APÊNDICE H – MOTIVOS DE INTERNAÇÃO E CID-10 ATRIBUÍDO ÀS INTERNAÇÕES COM MAIS DE 24 HORAS

<b>Motivo de internação</b>	<b>CID-10 atribuído</b>	<b>Está na lista de ICSAP?</b>	<b>Tempo de internação (dias)</b>	<b>Internou em outro setor?</b>	<b>Desfecho</b>
Diarreia e Gastroenterite de Origem Infecciosa Presumível	A09	Sim	1	Clínica médica	Alta melhorado
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	A09	Sim	1	Não	Alta melhorado
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	A09	Sim	1	Clínica médica	Alta melhorado
Diarreia e Gastroenterite de Origem Infecciosa Presumível	A09	Sim	2	Não	Alta melhorado
Diarreia e Gastroenterite de Origem Infecciosa Presumível	A09	Sim	2	Clínica médica	Alta melhorado
Tuberculose	A15	Sim	3	Clínica médica	Alta melhorado
Tuberculose	A15	Sim	6	Clínica médica	Alta melhorado
Derrame pleural exsudativo sec. a TB pleuropulmonar	A15	Sim	12	Clínica médica	Alta melhorado
Tuberculose pulmonar cavitaria	A16	Sim	7	Clínica médica	Alta melhorado
Miíase auricular	B87.4	Não	5	Clínica Cirúrgica	Alta melhorado

Hipoglicemia induzida por droga (glibenclamida)	E16.0	Não	1	Não	Alta melhorado
Insuficiência cardíaca	I50	Sim	5	Clínica médica	Alta melhorado
Insuficiência cardíaca congestiva	I50	Sim	6	Clínica médica	Alta melhorado
AVC isquêmico	I64	Sim	2	Clínica médica	Alta melhorado
AVC isquêmico	I64	Sim	15	Clínica médica	Óbito
DPOC	J44	Sim	8	Clínica médica	Alta melhorado
DPOC exacerbada	J44	Sim	5	Clínica médica	Alta melhorado
Asma descompensada	J45	Sim	3	Clínica médica	Alta melhorado
Insuficiência Respiratória Aguda (covid +)	J96.0	Não	37	Clínica médica, UTI	Óbito
Úlcera péptica	K27	Sim	9	Clínica médica	Alta melhorado
Úlcera péptica	K27	Sim	10	Não	Alta melhorado
Gastrite erosiva	K29	Não	5	Clínica médica	Alta melhorado
Apendicite	K35	Não	1	Clínica Cirúrgica	Alta melhorado
Apendicite aguda	K35	Não	2	Clínica Cirúrgica	Alta melhorado
Doença de Crohn	K50	Não	9	Clínica médica	Alta melhorado
Colite inespecífica	K52.8	Não	8	Clínica médica	Alta melhorado

Colelitíase	K80	Não	1	Clínica médica	Alta melhorado
Colelitíase	K80	Não	1	Clínica Cirurgica	Alta melhorado
colecistite aguda	K80	Não	2	Não	Alta melhorado
Colelitíase	K80	Não	2	Clínica Cirurgica	Alta melhorado
Hemorragia digestiva	K92.2	Sim	3	Não	Alta melhorado
Hematêmese	K92.2	Sim	6	Clínica médica	Alta melhorado
Hemorragia digestiva	K92.2	Sim	6	Clínica médica	Alta melhorado
Hemorragia digestiva	K92.2	Sim	7	Clínica médica	Alta melhorado
Abcesso cutâneo	L02	Sim	3	Clínica médica	Alta melhorado
Abscesso cutâneo	L02	Sim	3	Clínica médica	Alta melhorado
Abscesso	L02	Sim	6	Não	Alta melhorado
Abcesso cutâneo em Membro superior esquerdo	L02	Sim	7	Clínica médica	Alta melhorado
Celulite	L03	Sim	5	Clínica médica	Alta melhorado
Celulite	L03	Sim	5	Não	Alta melhorado
Infecção de pele secundária à escabiose	L08	Sim	6	Clínica médica	Alta melhorado
Lombalgia	M54.5	Não	1	Não	Alta melhorado

Fascíte necrosante	M72.6	Não	78	Clínica médica, UTI, Clínica Cirurgica	Óbito
Cálculo em ureter	N20	Não	3	Clínica médica, Clínica Cirurgica	Alta melhorado
Ureterolitíase	N20	Não	4	Clínica médica	Alta melhorado
Cistite	N30	Sim	6	Não	Alta melhorado
Pielonefrite	N39.0	Sim	2	Clínica médica	Alta melhorado
Pielonefrite aguda	N39.0	Sim	2	Clínica médica	Alta melhorado
Hiperplasia prostática benigna	N40	Não	1	Não	Alta melhorado
Hiperplasia prostática benigna	N40	Não	2	Não	Alta melhorado
Orquiepididimite	N45.9	Não	4	Não	Alta melhorado
Dor abdominal	R10	Não	1	Não	Alta melhorado
Cefaleia	R51	Não	1	Não	Alta melhorado
Cefaleia	R51	Não	1	Não	Alta melhorado
Hiperglicemia	R73	Não	1	Não	Alta melhorado
Fratura do maléolo lateral	S82.6	Não	3	Clínica Cirurgica	Alta melhorado
Ingestão de corpo estranho	T18	Não	1	Não	Alta melhorado

Ingestão de corpo estranho	T18	Não	4	Não, Clínica Cirurgica	Alta melhorado
----------------------------	-----	-----	---	------------------------	----------------

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

**ANEXOS****ANEXO A – LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA**

<b>Grupo</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>CID 10</b>
1.	Doenças imunizáveis	A33-A37, A95, B05-B06, B16, B26, G00.0, A17.0, A19
2.	Condições evitáveis	A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
3.	Gastrenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09
4.	Anemia	D50
5.	Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64
6.	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31
7.	Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
8.	Asma	

		J45-J46
9.	Infecção da via aérea inferior (IVAI)	J20, J21, J40-J44, J47
10.	Hipertensão	I10-I11
11.	Angina pectoris	I20
12.	Insuficiência cardíaca (IC)	I50, J81
13.	Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46
14.	Diabetes melito (DM)	E10-E14
15.	Epilepsias	G40-G41
16.	Infecção no rim e Infecção do trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0
17.	Infecções da pele e do tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
18.	Doença inflamatória pélvica (DIP)	N70-N73, N75-N76
19.	Úlcera gastrintestinal	

20.	Doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2  O23, A50, P35.0
-----	--	---

Fonte: Adaptado de Gusso *et al*, 2019

ANEXO B – COMPOSIÇÃO MÍNIMA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL E RELAÇÃO DE RECURSOS DISPONIBILIZADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

<b>Tipo de Equipe de Atenção Primária Prisional</b>	<b>Composição mínima</b>	<b>Quantidade de horas semanais</b>	<b>Recursos mensais repassados pelo governo federal</b>
Equipe de Atenção Primária Prisional com carga horária compartilhada com equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Saúde Bucal (eSB) do território	1 médico; 1 enfermeiro; 1 cirurgião dentista; 1 técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; e 1 técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal;	6	R\$4.000
Equipe de Atenção Primária Prisional Essencial	1 médico; 1 enfermeiro; 1 cirurgião dentista; e 1 técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem;	20	R\$25.000
		30	R\$35.000
Equipe de Atenção Primária Prisional Ampliada	1 médico; 1 enfermeiro; 1 cirurgião dentista; 1 técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; 1 profissional selecionado dentre as ocupações seguintes: enfermeiro; médico; psicólogo; assistente Social; farmacêutico; nutricionista;	20	R\$30.000
		30	R\$40.000

	fisioterapeuta; e terapeuta Ocupacional)		
--	--	--	--

Fonte: Adaptado de Brasil, 2021