

**CONDIÇÕES DO
EXERCÍCIO
PROFISSIONAL
DE ENFERMAGEM EM
ESTABELECIMENTOS**

PRISIONAIS

NOVEMBRO 2012



AOS ENFERMEIROS DOS ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS PORTUGUESES





Caros leitores,

O exercício da Enfermagem não se esgota nos tradicionais contextos hospitalares ou de centros de saúde, pelo que se torna cada vez mais importante conhecer a realidade de outros contextos. A especificidade e complexidade dos estabelecimentos prisionais foi o elemento motivador para a Ordem dos Enfermeiros (OE) investir no conhecimento desta realidade, de modo a fundamentar a tomada de decisões políticas.

Assim, é com bastante satisfação que atesto a publicação do relatório «**Condições do exercício profissional de Enfermagem em estabelecimentos prisionais**». Esta foi uma iniciativa do Conselho Directivo da OE no mandato 2008-2011 que tive a honra de coordenar.

Através deste documento, torna-se evidente a falta de condições com que os colegas que exercem nestes contextos se confrontam diariamente. Em causa encontra-se também o total desaproveitamento das competências destes profissionais, que se veem muitas vezes impedidos de aplicar a totalidade do seu precioso *know-how* e conhecimentos científicos.

Com este documento, esperamos sensibilizar o poder político para uma mudança drástica da missão que o enfermeiro pode e deve desempenhar nos estabelecimentos prisionais. Por último, endereço o meu profundo agradecimento a todos aqueles que deram um contributo indiscutível para a concretização deste trabalho. Sem o esforço e dedicação destes colegas não seria possível dispor do conhecimento constante desta obra.

Enf. Germano Couto

Bastonário da Ordem dos Enfermeiros



Agradecimentos


Agradecemos à Ordem dos Enfermeiros o interesse demonstrado e iniciativa deste trabalho, que possibilitou ao Grupo poder conhecer o trabalho e realidade das condições de exercício profissional nos Estabelecimentos Prisionais Portugueses.

Agradecemos também à Direcção-Geral dos Serviços Prisionais e às Direcções dos Estabelecimentos Prisionais, as facilidades concedidas e todo o empenho e disponibilidade demonstrados no decorrer deste processo.

Os enfermeiros dos Estabelecimentos Prisionais foram a nossa motivação, sem a sua colaboração e encorajamento, não poderíamos ter desenvolvido este trabalho. Agradecemos a sua disponibilidade as suas respostas, os seus contributos, as suas críticas.




ÍNDICE



Considerações iniciais.....	4
1. Nas Prisões - Saúde e Enfermagem.....	6
2. Os Estabelecimentos Prisionais em Portugal.....	9
3. Saúde e cuidados de Enfermagem nas Prisões Portuguesas - diagnóstico inicial e situação actual.....	12
4. Um Modelo para Portugal - Plano de acção e seu desenvolvimento	15
5. Apresentação de resultados e discussão	16
Conclusões.....	38
Bibliografia.....	40



Siglas



CAD	Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce VIH
CRI	Centro de Respostas Integradas
DGSP	Direcção-Geral dos Serviços Prisionais
EP	Estabelecimento prisional
GECEPEEP	Grupo de Estudo das Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiros
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PDL	Prisão por Dias Livres
RAI	Regime Aberto Interior
RAE	Regime Aberto Exterior
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TP	Tuberculose Pulmonar





“Aquele que cuida não é um actor que desempenha um papel, mas sim uma espécie de camaleão que adquire uma diversidade de hábitos num único dia, que se introduz no mundo do outro numa atitude de empatia e aí se adapta.”

Corinne Petit



Considerações Iniciais

O presente documento é resultado do trabalho efectuado pelo Grupo de Estudo das Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais (GECEPEEP), criado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), através do seu Conselho Directivo, na sua reunião ordinária de 6 de Agosto de 2008. Pretendia a OE conhecer em profundidade a realidade dos cuidados de Enfermagem prestados em estabelecimentos prisionais, como forma de poder dar suporte ao Conselho Directivo nas suas tomadas de decisão políticas, e aos Conselhos Directivos Regionais no acompanhamento do exercício profissional de enfermagem nos estabelecimentos prisionais.

Assim o GECEPEEP desenvolveu o trabalho solicitado entre 2009 e 2011, tendo sido visitados todos os estabelecimentos prisionais do país, após o que se seguiu o tratamento e análise dos dados recolhidos. O Grupo de Trabalho foi composto pelo vogal do CD designado para o efeito, Enf. Germano Couto, que o coordenou, e pelos seguintes elementos:

- Enf. Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues (*Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Prof. Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*)
- Enf. Jorge Manuel da Silva Tavares (*Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Estabelecimento Prisional do Porto*)
- Enf. Lídia Maria Felicidade Gomes Vieira (*Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Hospital de Leiria e no Estabelecimento Prisional de Leiria*)
- Enf. Rui Alexandre Vieira Campos (*Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em representação do Conselho de Enfermagem*)

Os cuidados de enfermagem nas prisões desenvolvem-se num ambiente com características específicas que têm implicações concretas no trabalho dos enfermeiros e na sua relação, quer com os reclusos, quer com os grupos profissionais com quem se articula e trabalha no seu dia-a-

dia. A privação de liberdade, a separação e isolamento em relação ao mundo exterior e a inibição de autodeterminação dos reclusos, são algumas das condicionantes que influenciam os cuidados e que exigem dos enfermeiros uma postura ética e de prática cuidativa, que conjugue o respeito integral pela pessoa e pelos seus direitos, com saberes que lhes permitam desenvolver as melhores respostas às necessidades dos reclusos. Ou seja os reclusos mantêm o direito de usufruir dos mais elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, pois apenas estão privados de liberdade e não dos seus outros direitos inerentes à sua condição de cidadãos.

Tendo em conta a perspectiva de Foucault¹ de que a prisão não é apenas uma instituição que castiga, mas uma instituição que controla e procura alterar os comportamentos desviantes de modo a integrar o indivíduo na sociedade de acordo com os padrões sociais vigentes, cabe também ao enfermeiro um papel relevante na educação para a reinserção social. As competências a desenvolver pelos enfermeiros em contexto prisional abarcam assim as áreas de formação, de reinserção social, forense, da relação terapêutica e dos cuidados em ambiente de risco.

Este relatório apresenta a caracterização da situação dos enfermeiros e da prestação de cuidados de enfermagem nos Estabelecimentos Prisionais Portugueses dentro de um espaço temporal que abarca o período de desenvolvimento do estudo. Propõe também medidas no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados e da formação dos enfermeiros para o trabalho em contexto prisional.

Nessa perspectiva o relatório está organizado em seis capítulos.

O primeiro capítulo descreve o plano de acção traçado para o trabalho do grupo e dá conta da forma como este decorreu. No segundo capítulo é feito um breve enquadramento teórico sobre as questões da saúde e enfermagem, nos três capítulos seguintes faz-se a caracterização do sistema prisional português seguido de um diagnóstico inicial da situação a nível nacional e internacional.

No sexto capítulo apresentam-se, analisam-se e discutem-



se os resultados, quanto às conclusões apresenta-se a síntese do que mais relevante nos foi proporcionado perceber neste trabalho, assim como propostas para a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem e dos cuidados de enfermagem nos Estabelecimentos Prisionais Portugueses.

1. NAS PRISÕES - SAÚDE E ENFERMAGEM

Para Goffman a prisão é “*um lugar de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos, separados da sociedade por um período de tempo considerável, leva em conjunto, uma vida fechada e formalmente administrada*”².

A prisão assume uma dupla missão, por um lado ser “punidora” e minorar os efeitos nefastos dos actos cometidos pelos reclusos e, por outro, tentar que durante o tempo de reclusão se operem mudanças nos indivíduos que os levem a não reincidirem nas ilegalidades e a realizarem com sucesso a sua reintegração social³.

Em 1990 foram proclamados pela ONU os Princípios Básicos de Tratamento dos Reclusos que têm como principais preocupações a humanização e o respeito pelos Direitos do Homem nos Estabelecimentos Prisionais. O princípio 9 diz-nos que “*Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation*”⁴.

Nas suas conclusões da Conferência de Kiev, uma das conferências anuais sobre as questões da saúde nas prisões europeias, em Novembro de 2008, a OMS reitera a afirmação de que a saúde na prisão é parte integrante dos sistemas de saúde. O suporte político desta afirmação baseia-se no reconhecimento de que a melhoria das condições de saúde dos reclusos é essencial para a saúde da comunidade e de que o contributo das prisões para a saúde pública passa por promover a saúde dos reclusos, na sua maioria constituído por pessoas socialmente desfavorecidas⁵. O *Projecto Saúde nas Prisões* foi iniciado pela OMS em 1995 devido à constatação de que existia profunda desigualdade dos indicadores de saúde entre a população reclusa e a população em geral, nomeadamente no que diz respeito à prevalência de doenças infecciosas⁶. Em 2003, na Declaração de Moscovo, resultante da reunião internacional sobre saúde na prisão, a OMS, destaca que os reclusos são, maioritariamente, oriundos dos meios mais pobres e mais marginalizados socialmente, alguns deles já portadores de doenças infecciosas. No mesmo documento são mencionados como factores que contribuem para as más condições de saúde nas prisões a sobrelotação, a má

nutrição, a violência, a falta de luz e arejamento, condições de alojamento deficitárias, assim como actividades que favorecem a propagação de doenças infecciosas⁷.

Na maioria dos países europeus os serviços de saúde prisionais estão separados dos serviços de saúde públicos, o que implica dificuldades no recrutamento de pessoal e problemas na motivação e formação contínua dos profissionais de saúde que prestam cuidados nas prisões. Assim as recomendações da OMS, nomeadamente a Declaração de Moscovo, vão no sentido de que os serviços de saúde das prisões trabalhem em articulação e sob os mesmos standards que os serviços públicos de saúde, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde, para que os serviços de saúde das prisões possam ficar, sempre que possível, sob a alçada do ministro da saúde⁸. A Declaração de Moscovo recomenda que os serviços de saúde prisionais na Europa foquem essencialmente o seu trabalho na prevenção das doenças infecciosas, particularmente na SIDA e tuberculose, na saúde mental e no assegurar da continuidade dos cuidados⁹.

Também em Portugal, o Plano Nacional de Saúde acentua a necessidade de trabalho conjunto entre os Ministérios da Justiça e da Saúde no sentido de proporcionar *cuidados de saúde dignos e de qualidade à população prisional*¹⁰.

O mesmo plano lembra que os principais problemas de saúde dos reclusos das prisões portuguesas são a toxicod dependência e outros comportamentos aditivos, a tuberculose, a SIDA e outras doenças infecto-contagiosas, além de alterações de personalidade¹¹.

A versão de discussão do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, continua a apresentar algumas áreas de intervenção nomeadamente:

- *Reintegração dos cidadãos com patologia na sociedade;*
- *Gestão da doença em sistema de liberdade condicional e regime de fins-de-semana em liberdade;*
- *Regras de higiene, segurança e prevenção de riscos profissionais.*
- *Actividades desenvolvidas no âmbito dos programas e*

2 GOFFMAN, citado por GONÇALVES, 2002, p.147

3 FOULCALT, 2000

4 ONU, 1990

5 OMS, 2008

6 OMS, 2003

7 OMS, 2003

8 Idem

9 Ibidem

10 MINISTÉRIO DA SAÚDE, DGS, 2004, p.90

11 Idem

projectos da Direcção dos Serviços Prisionais.

- *Promoção da saúde em meio prisional: exemplos da alimentação saudável nos bares e cantinas das prisões e a actividade física.*
- *Combate à tuberculose*¹².

Os cuidados de saúde em ambiente prisional requerem, pela sua especificidade e complexidade, uma intervenção multidisciplinar que privilegie a ligação com outros serviços de saúde, a promoção de estilos de vida mais saudáveis nas prisões, um rigoroso respeito pela confidencialidade e pela segurança. Constituem assim um ambiente em que as questões da humanização, da ética, da segurança e da qualidade dos cuidados se entrecruzam, como talvez não aconteça de forma tão pertinente em outros contextos de cuidados. Assim dos enfermeiros que exercem clínica nas prisões espera-se que possuam, e desenvolvam, competências nestas áreas.

Num estudo sobre os cuidados de enfermagem nas prisões do Reino Unido, Dale e Woods referem que as intervenções de enfermagem em ambiente prisional se desenvolvem, essencialmente, nas áreas de segurança, gestão e prevenção da violência, gestão do risco, comunicação, multiculturalidade, primeiros socorros, administração de terapêutica, outros procedimentos técnicos preventivos e curativos, intervenções estas que se cruzam com a enfermagem de saúde mental e/ou comunitária¹³. No mesmo estudo, que envolveu enfermeiras de várias prisões, estas identificam as competências que devem possuir os enfermeiros prisionais, agrupando-as em grandes conjuntos de competências que incluem a comunicação e relação terapêuticas, processo de enfermagem, supervisão, a criação e desenvolvimento de ambientes terapêuticos, a segurança e as competências que lhes permitem dar suporte aos restantes profissionais da prisão.

Nos Estados Unidos da América, é enfatizado o carácter único da enfermagem prisional e acentua-se o alto grau de autonomia dos enfermeiros prisionais e a diversidade de

competências que estes devem possuir na área da saúde pública, relação interpessoal, comunicação oral e escrita, cuidados em situação de emergência e cuidados preventivos e curativos¹⁴. Em França salienta-se também a especificidade do trabalho dos enfermeiros em meio prisional, nomeadamente na relação de ajuda e na prestação de cuidados de qualidade que permitam aos reclusos ter cuidados de saúde em tudo semelhantes aos que teriam se estivessem na comunidade, colocando especial ênfase no controlo e tratamento das doenças infecciosas¹⁵.

Atendendo às condições do ambiente prisional, em que os enfermeiros cuidam de pessoas que vivem situações de grande vulnerabilidade social e de saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) apoiando a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção de Genebra, assim como os protocolos adicionais afirma que¹⁶:

- *Presos e detidos têm direito a cuidados de saúde e tratamento humano.*
- *Condena os procedimentos de interrogatório e qualquer acto ou comportamento prejudicial à saúde física e mental.*
- *Presos e detidos têm o direito à informação clara e suficiente, para recusar o tratamento ou procedimentos de diagnóstico; e morrer com dignidade e de forma pacífica.*

A responsabilidade primordial dos enfermeiros é para aquelas pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem. Ao cuidar de detidos e prisioneiros os enfermeiros devem aderir aos seguintes princípios éticos¹⁷:

- *Os enfermeiros que tenham conhecimento de abuso e maus-tratos de detidos e prisioneiros devem tomar as medidas adequadas para salvaguardar os seus direitos.*
- *Os enfermeiros a exercer funções nos serviços de saúde prisionais não devem assumir funções do pessoal de segurança prisional, tais como revistas corporais para fins de segurança prisional.*
- *Os enfermeiros podem participar em pesquisas clínicas sobre prisioneiros e detidos apenas após o preso ou detido*

¹² PORTUGAL - Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2011/2016 versão de discussão
¹³ DALE; WOODS, 2009.

¹⁴ AMERICAN CORRECTIONAL HEALTH SERVICES ASSOCIATION, 2010
¹⁵ PICHERIE, 2003
¹⁶ ICN, 2011
¹⁷ Idem

ter dado o consentimento informado.

- Os enfermeiros devem colaborar com outros profissionais de saúde e autoridades prisionais para reduzir o impacto dos ambientes prisionais lotados e insalubres na transmissão de doenças infecciosas como SIDA e tuberculose.*
- Os enfermeiros devem abster-se de usar os seus conhecimentos de enfermagem e as habilidades de qualquer maneira, o que viola os direitos dos detidos e presos.*
- Os enfermeiros defendem o tratamento humano seguro dos detidos e presos, incluindo água potável, alimentação adequada e outras necessidades básicas da vida.*

2.OS ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS EM PORTUGAL

O Plano Nacional de Saúde 2004/2010 lembrava-nos que Portugal é o país da Europa Ocidental com maior número de reclusos¹⁸.

A população reclusa é uma população heterogénea, alguns autores referem mesmo que nas últimas décadas ela tem sofrido grandes alterações, nomeadamente com a reclusão de indivíduos mais jovens e com criminalidade ligada à droga e toxicodependência¹⁹.

Quando este grupo de trabalho iniciou as visitas aos EP, em Agosto de 2009, a situação em termos de número e organização dos EP era diferente de quando terminou a ronda de visitas em 2011. Assim neste capítulo damos uma perspectiva da situação em 2009 e em 2011, até para darmos a conhecer as alterações em termos de reorganização dos serviços prisionais que foram acontecendo neste período de tempo.

A situação em 2009

Existiam, no início de 2009, 52 estabelecimentos prisionais em Portugal (continente e regiões autónomas), divididos entre Estabelecimentos Prisionais Centrais, Especiais e Regionais, nos quais se encontravam distribuídos 11.008 reclusos, estando neste número incluídos 187 prisioneiros que se encontram em estabelecimentos psiquiátricos não prisionais. No entanto no decurso de 2008 tinham encerrado os Estabelecimentos Prisionais Central de Santarém e Regionais de Castelo Branco e de Portimão²⁰. Também durante 2008 se tinha dado a passagem do EP de Évora de Regional a Central. Em 2009 o Projecto Global de Reorganização do Sistema Prisional, que integrava o Programa de Reforma das Infra-estruturas Prisionais, levou a uma reorganização dos EP tendo como objectivos melhorar as condições dos reclusos e o trabalho dos profissionais, fazer cumprir as recomendações internacionais e regras legais no que diz respeito ao tratamento diferenciado dos reclusos, consoante o seu grupo etário, género, tipos de penas e perigosidade²¹. Assim os Estabelecimentos Prisionais de São José do Campo e de Izeda foram requalificados.

Foram encerrados os Estabelecimentos Prisionais Regionais de Coimbra e do Funchal, extinção determinada pela Lei 78/2009 de 2 de Abril e realizou-se a abertura do Estabelecimento Prisional Regional de Vale do Sousa, cuja criação foi determinada pelo Decreto-Lei 149/2009 de 29 de Junho criou o Estabelecimento Prisional Regional do Vale do Sousa. Destas alterações de encerramento e abertura resultou um decréscimo de 373 lugares para reclusos no total dos EP nacionais, ainda durante o ano de 2009²².

Para uma melhor compreensão da distribuição dos EP em Portugal, aconselha-se a consulta da figura 1.

A taxa de ocupação média nos EP em 2009 rondava os 88% estando a população prisioneira distribuída entre estabelecimentos prisionais centrais (67,3%), Especiais (8,2%), Regionais (22,8%) e psiquiátricos não prisionais (1,7%). Em termos de conjunto, em nenhum local se verificava um ultrapassar do limite máximo para o qual foram criados os referidos estabelecimentos prisionais. Para isto certamente contribuiu a evolução decrescente da população reclusa, sendo que em 2008 passou de 11.263 para 11.008 reclusos, ou seja, uma diminuição de aproximadamente 2,2% que, certamente, muito se deveu ao novo Código do Processo Penal que entrou em vigor em 2007. Em relação ao género, 93,9% dos reclusos eram homens e 6,1% mulheres.

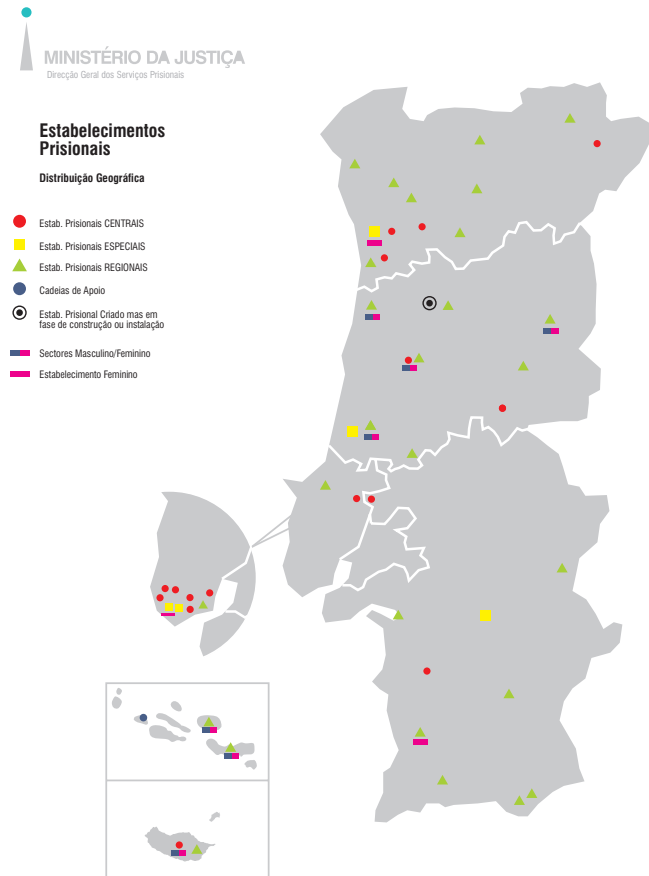
18 MINISTÉRIO DA SAÚDE, DGS, 2004

19 GONÇALVES, 2002

20 MINISTÉRIO DA SAÚDE, DGS - Relatório de Actividades, 2008

21 MINISTÉRIO DA SAÚDE, DGS - Relatório de Actividades, 2009

Figura 1 - Distribuição geográfica dos Estabelecimentos Prisionais Portugueses em 2009.



A situação em 2011

Em 2011, por força da reorganização levada a cabo pela Direcção-Geral dos Serviços Prisionais durante o ano de 2009, a distribuição dos Estabelecimentos Prisionais pelo país ficou ligeiramente alterada. Assim em Janeiro de 2011 o sistema prisional português contava com 27 estabelecimentos regionais e uma cadeia de apoio, 17 estabelecimentos prisionais centrais e quatro especiais. A distribuição dos EP encontra-se na figura 2.

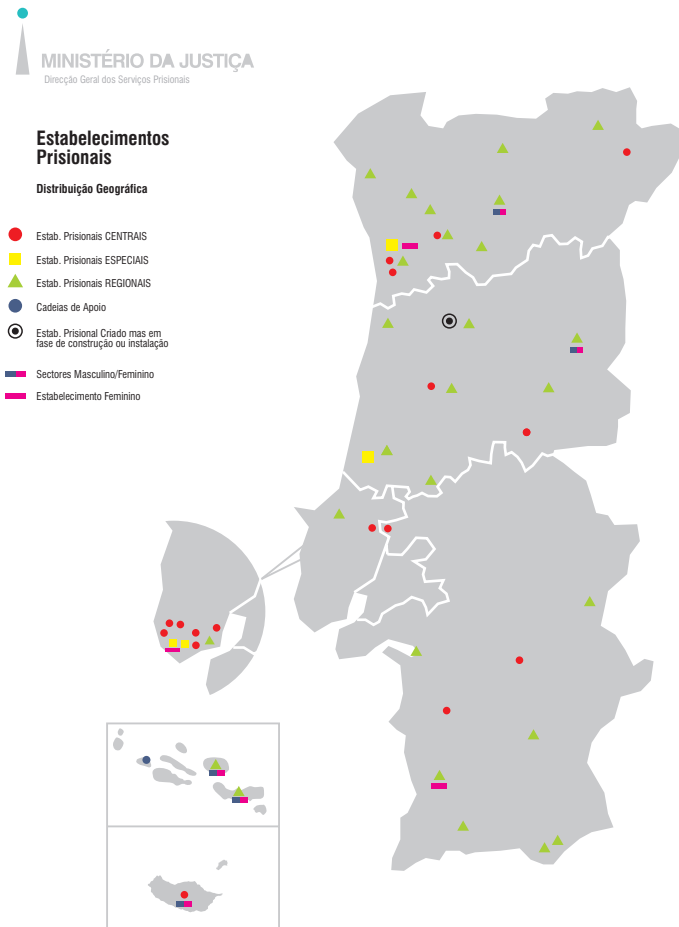
O número de reclusos aumentou em 2010, em relação a 2009 teve um aumento de mais 514 reclusos, o que levou a um aumento da lotação dos EP sem no entanto qualquer deles, segundo a DGSP, entrar em sobrelotação²³. A população reclusa passou para 11613 reclusos. Assim a taxa de ocupação global foi de 96,3%, quando tinha sido de 93,1 em 2009, e a taxa de detenção por 100 mil habitantes passou de 104,9 em 2009 para 109 em 2010²⁴.

Em relação ao género a população reclusa feminina passou a representar 5,4% da população reclusa enquanto os homens representam 94,6%. A percentagem de população reclusa feminina tem vindo a descer de forma significativa, visto que em 2003 se situava nos 7%²⁵. Quanto à nacionalidade 20,6% dos reclusos são estrangeiros e 79,4% portugueses, a percentagem de reclusos estrangeiros tem também vindo a aumentar, de 2001 a 2009 aumentou 8,7%. A idade média dos reclusos é de 37,9 anos o que, segundo a DGSP, significa um aumento da idade média dos reclusos de quatro anos numa década²⁶.

Fonte: Plano de actividades 2008 da DGSP

23 MINISTÉRIO DA SAÚDE, DGS - Relatório de Actividades, 2010
24 Idem
25 Idem
26 Idem

Figura 2 - Distribuição geográfica dos Estabelecimentos Prisionais Portugueses em 2011



3.SAÚDE E CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRISÕES PORTUGUESAS -o diagnóstico inicial-

Este capítulo inclui o diagnóstico inicial realizado pelo grupo, no início do seu trabalho e dá-nos a imagem da situação encontrada que nos conduziu a estabelecer o plano de acção subsequente.

A estrutura organizacional nas áreas *tratamento penitenciário*, é de modelo matricial, por centros de competências, por despacho de 30 de Abril 2007, de acordo com a Lei nº4/2004 de 15 de Janeiro²⁷.

Assim o Centro de Competências para a prestação de Cuidados de Saúde é o responsável pelo desenvolvimento de programas/projectos na área da saúde. Da leitura do Plano de Actividades referido ressalta um dos objectivos da DGSP para 2008:

*“Melhorar os serviços prisionais, designadamente as instalações e os serviços nelas prestados, reforçando a prevenção e o tratamento da toxicod dependência e de outras doenças graves frequentes entre os reclusos, efectuando os enquadramentos legislativos que se revelem necessários nomeadamente a alteração à Lei 36/96, de 29 de Agosto, de forma a permitir o alargamento do regime aplicável aos condenados afectados por doença grave e irreversível.”*²⁸

No entanto, dos nove projectos e programas específicos da DGSP, os programas *“Projecto SIDA em meio prisional”*, *“Plano de Acção Nacional para combate à propagação de doenças infecciosas e toxicod dependência em meio prisional”*, *“Programa de Intervenção em agressores sexuais em meio prisional”*, e *“Programa de intervenção em delitos estradais”* apenas são considerados como projectos de saúde na página da DGSP os dois primeiros. Embora o Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional, preveja a intervenção em áreas em que necessariamente os cuidados de enfermagem são essenciais, não é apresentado qualquer relatório que nos permita perceber qual tem sido a intervenção dos enfermeiros neste projecto, ou noutros.

Um outro objectivo operacional da DGSP para a qualidade foi *“Melhorar a relação custo benefício da prestação de cuidados de saúde à população reclusa, pela realização*

*de um concurso público internacional, destinado adquirir a prestação de cuidados de saúde para esta população.”*²⁹

Possuímos dados do concurso que nos dão as horas de prestação de cuidados de saúde e se são efectivamente prestados todos os cuidados por profissionais de saúde.

Na página electrónica da DGSP podemos ler a frase seguinte: *“em primeira instância, a prestação de cuidados de saúde é assegurada por todos os 53 EP, dispondo todos eles de efectiva assistência de clínica geral e enfermagem.”*³⁰

No entanto, por conhecimento pessoal das situações, através das visitas realizadas, verificamos que as horas de cuidados são muito reduzidas, situações há em que se resumem a 4 horas por dia, ou mesmo a inexistência de enfermeiros no EP.

Verificamos também que apenas os Estabelecimentos Prisionais de Carregueira, Funchal, Leiria, Linhó, Lisboa, Paços de Ferreira e do Porto têm unidades de internamento. Sobre os cuidados de saúde nas prisões a DGSP referia que o Projecto de Gestão Integrada da População Reclusa no Algarve, EP de Olhão, Silves e Faro, tinha como um dos objectivos *“a optimização da gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros dos 3 EP”*, constituindo-se a saúde em meio prisional como uma das áreas de intervenção prioritárias surgindo como objectivos para esta área *“a optimização de meios e uniformização de metodologias de intervenção e aumento da capacidade de resposta às necessidades básicas de profilaxia e de prestação de cuidados de saúde à população reclusa”*³¹.

No Balanço Social da Direcção Geral de Serviços Prisionais de 2007³² (DGSP) é dada informação sobre os recursos humanos de enfermagem, do quadro da instituição, a prestarem cuidados nas prisões portuguesas.

27 Lei Nº 4/2004 de 15 de Janeiro
28 Ministério da Justiça, DGSP - Plano de Actividades, 2008

29 Idem
30 Idem
31 Idem
32 Idem

Quadro 1- Enfermeiros do quadro da DGSP em 2007

TIPO DE VÍNCULO EFFECTIVOS	NOMEAÇÃO	REQUISITADOS DESTACADOS CEDÊNCIA	CAP	Nº.TOTAL ENFERMEIROS
HOMENS	38	1	0	39
MULHERES	55	5	0	60
TOTAL	93	6	0	99

Fonte: DGSP – Balanço Social de 2007.

Dos quadros da DGSP faziam parte 99 enfermeiros, para um total de 53 (em 2007)³³ estabelecimentos prisionais (EP) e um total de 11263 reclusos.

Os restantes enfermeiros a desempenharem funções nos EP portugueses eram contratados individualmente ou fazem parte de empresas.

No ano 2007 saíram dos EP portugueses 13 enfermeiros, 10 deles eram do quadro, 8 deles saíram por aposentação, nenhum foi substituído³⁴.

Dos 99 enfermeiros da DGCP apenas 7 deles frequentaram acções de formação externa, no ano de 2007, num total de 96 horas de formação³⁵. Este valor é manifestamente baixo e interrogamo-nos sobre a motivação e condições de acesso a essa mesma formação.

Em relação ao absentismo eram os enfermeiros que mais altos valores apresentavam dentro dos vários grupos profissionais da DGSP, com uma média de 15,8 dias de absentismo por doença no ano 2007, enquanto, por exemplo nos técnicos superiores era de 4,35 dias e nos guardas prisionais de 12,28 dias. Consideramos estes números bastante significativos.

Da análise efectuada, com base no site da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, em Maio de 2009, assim como na bibliografia disponível, pode declarar-se o seguinte:

- Quase ausência de referência a cuidados de enfermagem nas prisões na bibliografia portuguesa.

- Os profissionais de Enfermagem estão dependentes do Ministério da Justiça, assim como os restantes funcionários que exercem funções em estabelecimentos prisionais, o que levanta barreiras difíceis de ultrapassar na prestação de cuidados, visto a Saúde ser objecto regulado pelo Ministério da Saúde.

- Verificamos a existência de equipas de enfermagem 24 horas apenas em grandes centros prisionais (prisões com mais de 300 reclusos) - através das visitas realizadas aos EP - o que leva em inúmeras vezes a uma tentativa de usurpação de funções por outros profissionais que não enfermeiros (guardas prisionais e Auxiliares de Acção Médica). A medicação é um dos aspectos em que existe substituição de enfermeiros por outros.

- O número de horas de cuidados de enfermagem na maioria dos EP tem vindo a diminuir, visto a DGSP considerar que não existe necessidade.

- Quanto aos cuidados de saúde prestados nos estabelecimentos prisionais, nomeadamente cuidados de enfermagem, pode-se concluir de forma concisa que o site da DGSP não apresenta a informação total e discriminada, sendo mesmo ausente em diversos casos.

- Existem 135 enfermeiros apresentados como a exercerem funções em 33 estabelecimentos prisionais, sendo que 4 desses exercem a tempo parcial. Quanto ao vínculo existente entre os respectivos estabelecimentos prisionais e os enfermeiros, tal informação não nos é disponibilizada, sendo que em apenas no Estabelecimento Prisional da Horta é referida a avença existente com o único enfermeiro que aí pretensamente exerce funções. O relatório de 2007, como já demonstrado apresenta como enfermeiros do quadro da DGSP apenas 99 enfermeiros.

- Dezasseis estabelecimentos prisionais não referem se prestam cuidados de enfermagem e, em caso afirmativo, por quantos enfermeiros.

- Os estabelecimentos prisionais que não dispõem de profissionais de enfermagem a tempo integral têm muitas vezes empresas prestadoras de serviços (Site DGSP).

33 Idem
34 Ibidem
35 Ibidem

Parece-nos uma inverdade quando o site da DGSP refere a existência de cuidados de enfermagem nos 53 EP do país: “Em primeira instância, a prestação de cuidados de saúde é assegurada por todos os 53 EP, dispondo todos eles de efectiva assistência de clínica geral e enfermagem” (Site DGSP, 2008-12-09).

- Trinta e cinco estabelecimentos prisionais não possuem enfermaria própria para prestar cuidados de saúde e de enfermagem continuados a doentes internos, sendo que ainda há um EP sem enfermeiros para actos isolados de enfermagem e urgentes.

- No que concerne a registos, estes não são sistematizados, sendo realizados manualmente (excepto Alcoentre e Aveiro), sem qualquer linguagem comum que os suporte, como por exemplo, a CIPE. As aplicações existentes foram idealizadas por iniciativa de alguns profissionais. Os registos manuais consistem na avaliação inicial existente no processo clínico. Posteriormente os registos apenas têm uma descrição estatística da tarefa realizada, incluindo medicação administrada.

- As restantes horas de cuidados nos outros estabelecimentos prisionais são prestadas por enfermeiros contratados por empresas que recrutam recursos humanos, especificamente em 8 estabelecimentos prisionais dos distritos judiciais de Lisboa e Évora.

- Como aspecto positivo começa a haver uma aceitação generalizada dos ensinamentos clínicos e estágios nos cursos pré e pós-graduados, motivando os enfermeiros.

4. “UM MODELO PARA PORTUGAL” - PLANO DE ACÇÃO E SEU DESENVOLVIMENTO

Por tudo o que foi exposto, podemos concluir que a informação disponibilizada não nos permitia aprofundar a realidade dos recursos humanos de enfermagem existente nos estabelecimentos prisionais em Portugal, o qual permitisse aferir se as dotações estavam a ser adequadas às necessidades dos reclusos, assim como se os cuidados de enfermagem aí prestados eram desenvolvidos de forma segura para os padrões de qualidade exigidos.

Para conseguir desenvolver uma análise concreta, profunda e reveladora da realidade subjacente aos contextos analisados, realizámos as actividades que a seguir se expõem.

4.1 ESTRATÉGIAS E ACTIVIDADES

Era fulcral uma visão completa da realidade existente em matéria de cuidados de enfermagem nos estabelecimentos prisionais em Portugal. Realizámos uma visita a cada local, num total de 52. Estas visitas foram levadas a efeito pelos elementos do GECEPEEP de acordo com um cronograma predefinido, que nem sempre foi possível cumprir por vicissitudes diversas, sendo as mesmas sempre realizadas por 2 elementos em simultâneo. As visitas tiveram como objectivos cimeiros verificar:

- A existência / necessidade de enfermeiros na instituição.
- As condições de trabalho (físicas e humanas) existentes.
- Os cuidados de enfermagem, gerais e específicos, desenvolvidos de acordo com as necessidades verificadas.
- Existência de cuidados especializados na área da Saúde Mental e Psiquiátrica e em comportamentos aditivos.

Para o efeito o Guião de Visita (anexo1) foi preenchido aquando da mesma de forma a facilitar uma avaliação posterior pelo GECEPEEP.

Consideramos também indispensável proceder à audição de 3 peritos na área prisional que puderam partilhar a sua opinião e experiência para uma maior e melhor fundamentação do Relatório do GECEPEEP. Para o efeito, entrevistámos durante o mês de Março de 2011 a Chefe de Equipa do Centro de Competências para a Prestação dos Cuidados de Saúde da

DGSP, Dra. Rita Amieiro; o Director do EP Especial de Santa Cruz do Bispo, Dr. Paulo de Carvalho; e o Coordenador Médico Norte da DGSP, Dr. Rui Morgado. Os critérios utilizados para a escolha destes peritos prenderam-se com o seu grau de experiência e conhecimento abrangente do meio prisional.

Por fim, encarámos a necessidade de compreender a realidade internacional através da evidência, não apenas teórica por publicações consultadas, mas acima de tudo pela visita a realidades que possam contribuir para uma melhor posição do GECEPEEP a apresentar ao CD como forma de melhor poder tomar posição técnica e política para uma potencial melhoria dos cuidados de enfermagem nos estabelecimentos prisionais. Para o efeito, tentámos visitar 4 realidades diferenciadas em Inglaterra, a saber, o EP Juvenil de Ashfield (Bristol), o EP Feminino de Send (Surrey), o EP Masculino de Belmarsh (Londres) e o EP Masculino de Isis (Londres). Infelizmente os contactos realizados com os referidos EP não surtiram qualquer resposta da sua parte no sentido de permitir a visitas pretendidas, o que nos impediu que atingir o objectivo de obter um paralelismo (benchmarking) entre a realidade britânica e a portuguesa

4.3 INDICADORES DE AVALIAÇÃO

São indicadores de avaliação do nosso trabalho os seguintes:

- Recurso a uma consulta de peritos
- Percentagem de visitas efectuadas
- Percentagem de estabelecimentos prisionais com levantamento efectuado das condições de trabalho
- Percentagem de estabelecimentos prisionais com levantamento da situação de prestação de cuidados de enfermagem
- Ter elaborado relatório sobre o trabalho realizado dentro do cronograma previsto
- Ter elaborado proposta de boas práticas e organização da prestação de cuidados de enfermagem nas prisões portuguesas.

5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

A metodologia utilizada para recolha de dados que nos permitisse inteirarmo-nos da situação existente e ouvirmos/registarmos as dificuldades, expectativas e sugestões dos diferentes actores envolvidos nos serviços de saúde prisionais sobre os cuidados de enfermagem, envolveu metodologia quantitativa e qualitativa. Assim utilizámos como instrumentos de recolha de dados um questionário com perguntas fechadas e abertas, questionário com perguntas abertas para peritos e observação direta. O tratamento de dados foi realizado através de análise estatística descritiva simples dos dados das questões de resposta fechada dos questionários e análise de conteúdo das respostas às questões abertas e dos registos da observação feita no local. Na análise foram também utilizados dados existentes no site da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS PORTUGUESES

Embora existam vários regimes de reclusão nos EP, são os EP centrais que, pelas suas características, reúnem um menor tipo de regimes de reclusão. A entrada em vigor, em 2010, do Código de Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade, Lei n.º 115/2009 de 12 de Outubro, veio juntar num único diploma as medidas de reclusão e introduzir algumas alterações significativas à legislação anterior, nomeadamente no que respeita aos regimes de reclusão.

As implicações que têm para a prática de Enfermagem os diferentes tipos de reclusão é um dos aspectos que consideramos ter que ser tido em linha de conta quando se planeiam os cuidados e recursos de enfermagem nos EP.

Quadro 2 - Regimes de Reclusão dos Estabelecimentos Prisionais Especiais

EP	Preventivos	Condenados	RAI	RAE	PDL	Lotação	Total Reclusos
Hospital S. João de Deus**	x	x					160
Leiria**	x	x	x	x			240
PJ Lisboa	x	x					140
PJ Porto	x						50
Santa Cruz do Bispo F**	x	x	x	x			257
Santa Cruz do Bispo H**	x	x					338
Tires*	x	x	x	x			400

* Misto ** Com internamento

Em relação aos regimes de reclusão, nas EP predominam os regimes de condenados e preventivos. De salientar que o EP-PJ Porto, é um estabelecimento onde só há regime de preventivos. Dos sete EP três têm também regimes -RAI e RAE.

Quadro 3 - Regimes de Reclusão nos Estabelecimentos Prisionais Regionais

EP	Preventivos	Condenados	RAI	RAE	PDL	Lotação	Total Reclusos
Alcoentre		x	x	x		505	450
Carregueira		x	x			570	520
Caxias	x	x	x			334	402
Coimbra		x					400
Funchal		x	x				304
Izeda		x	x				300
Linhó		x	x		x		438
Lisboa	x	x	x				1160
Monsanto		x	x	x	x		78
Paços de Ferreira**		x	x	x			600
Pinheiro da Cruz		x	x				523
Porto**	x	x	x	x			891
Sintra		x	x	x		753	676
Vale de Judeus		x	x			504	490

* Misto ** Com internamento

Nos EP Centrais predomina o regime de condenados. Dos 14 estabelecimentos, só três têm preventivos. O regime RAI está presente na maioria das prisões. Só em cinco EP Centrais existe RAE e em dois PDL.

Quadro 4 - Regimes de Reclusão nos Estabelecimentos Prisionais Regionais

EP	Preventivos	Condenados	RAI	RAE	PDL	Lotação	Total Reclusos
Angra do Heroísmo	x	x	x	x		37	60
Aveiro	x	x	x	x	x		84
Beja	x	x	x			168	160
Braga							60
Bragança			x	x			36
Cadeia de Apoio da Horta		x	x	x		17	31
Caldas da Rainha		x	x	x			120
Castelo Branco		x	x			128	125
Chaves		x	x				60
Covilhã		x	x	x	x	105	62
Elvas	x	x	x	x	x	53	46
Évora	x	x	x			35	30
Faro	x	x	x	x	x	120	125
Guarda*						171	174
Guimarães	x	x	x	x	x	47	50
Lamego		x	x		x	67	39
Leiria	x	x	x	x	x		88
Montijo	x	x	x	x	x		200
Odemira	x	x	x			56	39
Olhão	x	x					50
Ponta Delgada		x	x	x	x	172	110
Setúbal	x	x	x	x	x	186	220
Silves	x	x				58	56
Torres Novas		x	x	x	x		32
Viana do Castelo	x	x				42	92
Vila Real	x	x	x	x	x		80
Viseu	x	x	x	x		74	62

* Misto

Nos EP Regionais o regime de condenados é o predominante, contudo do total (27) dos EP Regionais, 14 têm regime de preventivos. Os regimes RAI e RAE estão presentes num grande número de EP Regionais.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPAS DE ENFERMAGEM DOS EP

Os vínculos laborais dos enfermeiros nos EP portugueses os quadros abaixo dão-nos a perspectiva de que existem poucos enfermeiros com vínculo laboral à DGSP. A maior parte deles trabalha em empresas de prestação de serviços que asseguram os cuidados de enfermagem em vários dos EP, trabalhando poucas horas por dia em contexto prisional.

5.2.1 Vínculo laboral

Quadro 5 - Caracterização do Vínculo Laboral das Equipas de Enfermagem nos EP Especiais

EP	Definitivo	Prestadoras de Serviços (Empresa)
Hospital S. João de Deus	26	44 (IAP)
Leiria	3	5 (Sucesso 24)
PJ Lisboa	0	3 (Belassistil)
PJ Porto	0	1 (Sucesso 24)
Santa Cruz do Bispo F	0	10 (SCM Porto)
Santa Cruz do Bispo H	10	0
Tires	0	9 (Sucesso 24)

Nos EP Especiais só há três que têm enfermeiros com vínculo definitivo, mas as equipas são completadas com enfermeiros das empresas. Dos restantes EP os enfermeiros

são todos das empresas prestadoras de serviços. Tendo em conta a realidade que constatámos, as equipas de enfermagem das empresas sofrem uma grande rotatividade de enfermeiros, e alguns estão poucas horas nos serviços.

Quadro 6 - Caracterização do Vínculo Laboral das Equipas de Enfermagem EP Centrais

EP	Definitivo	Prestadoras de Serviços (Empresa)
Alcoentre	0	21 (Sucesso 24)
Carregueira	0	10 (Belassistil)
Caxias	1	2 (Eduardo Farinha)
Coimbra	1	10 (Sucesso 24)
Funchal	4	0
Izeda	4	4 (Sucesso 24)
Linhó	0	7 (Sucesso 24)
Lisboa	0	8 (IAP)
Monsanto	0	7 (IAP)
Paços de Ferreira**	12	0
Pinheiro da Cruz	1	10 (IAP)
Porto**	13	0
Sintra	0	2 (Eduardo Farinha)
Vale de Judeus	0	21 (Sucesso 24)

Nos EP Centrais predomina a enfermagem dependente das empresas prestadoras de serviços. Em sete EP Centrais existem enfermeiros com vínculo definitivo, que nos leva a concluir que os enfermeiros das EP Centrais são essencialmente de empresas, sem qualquer vínculo ou relação profissional com a hierarquia do EP.

Quadro 7 - Caracterização do Vínculo Laboral das Equipas de Enfermagem - EP Regionais

EP	Definitivo	Avença	Prestadoras de Serviços (Empresa)
Angra do Heroísmo	0	0	3*
Aveiro	0	0	4 (?)
Beja	0	0	6 (IAP)
Braga	0	0	4 (?)
Bragança	0	0	1 (Sucesso 24)
Cadeia de Apoio da Horta	0	0	0
Caldas da Rainha	1	0	2 (Sucesso 24)
Castelo Branco	2	0	3 (Sucesso 24)
Chaves	0	0	5 (IAP)
Covilhã	0	0	2 (Sucesso 24)
Elvas	0	0	3 (Sucesso 24)
Évora	0	0	4 (Sucesso 24)
Faro	1	0	3
Guarda*	0	0	5 (Sucesso 24)
Guimarães	0	0	1 (Sucesso 24)
Lamego	0	0	7 (Sucesso 24)
Leiria	0	0	1 (Sucesso 24)
Montijo	0	0	5
Odemira	0	0	5 (IAP)
Olhão	0	0	3
Ponta Delgada	2**	0	0

Setúbal	0	0	6 (IAP)
Silves	1	0	3
Torres Novas	0	0	3 (Sucesso 24)
Viana do Castelo	0	0	3 (Sucesso 24)
Vila Real	0	0	5 (Sucesso 24)
Viseu	0	0	1

* Programa de apoio do Governo Regional a estágios profissionais para jovens licenciados "Estagiar L"

** Quadro do Centro de Saúde de Ponta Delgada

Relativamente aos EP Regionais constata-se que apenas 3 destes estabelecimentos têm Enfermeiros com vínculo laboral definitivo, sendo em todos os outros casos a prestação de serviços (empresas). No caso particular da Cadeia de Apoio da Horta não existe qualquer enfermeiro a prestar cuidados de saúde. Na prisão de Ponta Delgada os Enfermeiros são do quadro do Centro de Saúde de Ponta Delgada.

5.2.2 Título profissional e habilitações académicas

Porque a prática profissional dos EP tem uma população alvo específica e envolve saberes próprios, interessa-nos, de forma especial, identificar qual a formação dos enfermeiros.

Quadro 8 - Título profissional e habilitações académicas - EP Especiais

EP	Título Profissional		Habilitações Académicas		
	Enfermeiro	Enfermeiro Especialista	Bacharel	Licenciado	Mestre
Hospital S. João de Deus**	61	9	0	70	0
Leiria	7	1	0	8	0
PJ Lisboa	3	0	0	3	0
PJ Porto	1	0	0	1	0
Santa Cruz do Bispo F**	10	0	0	10	0
Santa Cruz do Bispo H	7	3	0	10	0
Tires	9	0	0	9	0

Nos EP Especiais, dos 111 enfermeiros, todos licenciados, só 13 é que são enfermeiros especialistas. Poderemos pensar que a formação não tem sido valorizada nem tem existido estímulo para a mesma, ou que a aplicabilidade do maior conhecimento, não tem tradução relevante no conteúdo funcional das equipas de enfermagem.

Quadro 9 - Título profissional e habilitações académicas - EP Centrais

EP	Título Profissional		Habilitações Académicas		
	Enfermeiro	Enfermeiro Especialista	Bacharel	Licenciado	Mestre
Alcoentre	21	0	0	17	4
Carregueira	10	0	0	10	0
Caxias	2	0	0	2	0
Coimbra	11	0	0	10	1
Funchal	4	0	1	3	0
Izeda	4	0	3	1	0
Linhó	6	1	0	7	0
Lisboa	8	0	0	8	0
Monsanto	7	0	0	7	0
Paços de Ferreira	11	1	4	8	0
Pinheiro da Cruz	11	0	0	11	0
Porto	6	7	2	10	1
Sintra	2	0	0	2	0
Vale de Judeus	19	2	0	21	0

Nos EP Centrais a realidade é um pouco diferente, pois do universo de 122 enfermeiros, há 11 especialistas e 6 com o título de Mestre. É no EP de Alcoentre que se encontra a maior concentração de enfermeiros com mestrado. No

entanto é neste grupo de EP que ainda se encontram 10 enfermeiros só com o título de bacharel. Parece não haver relação entre o vínculo e a formação profissional.

Quadro 10 - Título profissional e habilitações académicas - EP Regionais

EP	Título Profissional		Habilitações Académicas		
	Enfermeiro	Enfermeiro Especialista	Bacharel	Licenciado	Mestre
Angra do Heroísmo	3	0	0	3	0
Aveiro	4	0	0	4	0
Beja	6	0	0	6	0
Braga	4	0	0	4	0
Bragança	1	0	0	1	0
Cadeia de Apoio da Horta	0	0	0	0	0
Caldas da Rainha	3	0	1	2	0
Castelo Branco	4	0	1	4	0
Chaves	5	0	0	5	0
Covilhã	2	0	0	2	0
Elvas	3	1	0	3	0
Évora	3	0	1	4	0
Faro	4	0	0	3	0
Guarda*	5	0	0	5	0
Guimarães	1	0	0	1	0
Lamego	7	0	0	7	0
Leiria	1	0	0	1	0
Montijo	5	0	0	5	0
Odemira	5	0	0	5	0
Olhão	3	0	0	3	0
Ponta Delgada	2	0	0	2	0

Setúbal	6	0	0	6	0
Silves	4	0	0	4	0
Torres Novas	3	0	0	3	0
Viana do Castelo	3	0	0	3	0
Vila Real	5	0	0	5	0
Viseu	1	0	0	1	0

Relativamente aos títulos profissionais e habilitações académicas predominam nos EP Regionais e Especiais o título de Enfermeiro e as habilitações académicas de licenciado.

Nos EP Centrais relativamente aos títulos e habilitações académicas predominam igualmente o título de Enfermeiro e as habilitações académicas de licenciado, ressalvando-se que existe um EP onde a concentração de especialistas é a mais elevada (7 em 13 enfermeiros pertencentes à equipa). O EP Porto tem especificidades próprias e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros pode ser explicado, quer pela necessidade de cuidados especializados, quer também pelo tipo de gestão existente que valoriza e investe na formação dos seus profissionais. Destaca-se também que a nível académico existem na totalidade das Equipas de Enfermagem 6 Enfermeiros com o título de Mestre.

5.2.3 Regime de trabalho e horas de cuidados de Enfermagem

Quadro 11 - Regime de trabalho e nº horas cuidados/dia - EP Especiais

EP	Regime de Trabalho			Nº de horas cuidados/dia
	Tempo completo (35)	Tempo Parcial	Tempo acrescido	
Hospital S. João de Deus	6	44	20	278 (tem internamento)
Leiria	3	5		18,5
PJ Lisboa		3		5
PJ Porto		1		2

Santa Cruz do Bispo F	3	7	7	15h dia + (internamento)
Santa Cruz do Bispo H	3			57 (tem internamento)
Tires	3	6		Semana e sábado – 26 Domingo - 25

Nos EP Especiais predomina o tempo parcial e a média de horas de cuidados é de 21 horas, não incluindo o EP hospital S. João de Deus pela sua especificidade.

Quadro 12 - Regime de trabalho e nº horas cuidados/26h/dia - EP Especiais

EP	Regime de Trabalho			Nº de horas cuidados/26h/dia
	Tempo completo (35)	Tempo Parcial	Tempo acrescido	
Alcoentre		21	20	29
Carregueira		10		28
Caxias	1	2		19
Coimbra		10	1	25*
Funchal			4	24
Izeda	1		3	23
Linhó		7		23
Lisboa		8		41*
Monsanto		6/8		14
Paços de Ferreira	1		11	71*
Pinheiro da Cruz	6	5		Semana - 30 Fim-de-semana 25
Porto	3		10	75*
Sintra				2ª, 4ª, 6ª – 31 5ª – 33 Fim-de-semana – 26h dia
Vale de Judeus				27

Nos EP Centrais predomina igualmente o tempo parcial, mas convém realçar que no EP de Paços Ferreira há 11

enfermeiros com tempo acrescido e no EP do Porto 10 enfermeiros também com tempo acrescido. A média de número de horas de cuidados dia é de 32 horas.

Quadro 13 - Regime de trabalho e nº horas cuidados/dia - EP Regionais

EP	Regime de Trabalho			Nº de horas cuidados/dia
	Tempo completo (35)	Tempo Parcial	Tempo acrescido	
Angra do Heroísmo		3		9
Aveiro		4		4
Beja		6		5 (1 dia com 9h)
Braga		4		4
Bragança		1		2
Cadeia de Apoio da Horta	Não existem enfermeiros			0 (Administração de terapêutica feita pelos guardas)
Caldas da Rainha	1	1		11
Castelo Branco	1	3	1	12
Chaves		5		2ª, 4ª e 6ª – 4h 3ª e 5ª – 3h Fim de semana – 2h/dia
Covilhã		2		Semana – 4h dia Fim de semana – 2h dia
Elvas		3		2ª e 6ª – 4,5h 3ª, 4ª e 5ª – 3h Fim de semana – 2h/dia
Évora		4		2
Faro	1	3		Semana – 12h dia Fim de semana – 4h dia
Guarda		5		7
Guimarães		1		2ª a 5ª – 3h 6ª – 4 h Fim de semana – 2h/dia
Lamego		7		Semana – 3h dia Fim de semana – 2h dia
Leiria		1		4
Montijo		5		6,5

Montijo		5		6,5
Odemira		5		Semana – 3h dia Fim de semana – 2h dia
Olhão		3		2
Ponta Delgada		2		4
Setúbal		6		Semana – 8h dia Fim de semana – 7h dia
Silves	1	3		Semana – 8h dia Fim de semana – 2h dia
Torres Novas		3		2
Viana do Castelo		3		Semana – 3h dia Fim de semana – 2h dia
Vila Real		5		Semana – 4h dia Fim de semana – 2h dia
Viseu		1		Semana – 3h dia Fim de semana – 2h dia

Relativamente aos EP Regionais constata-se que o regime de trabalho a tempo parcial é dominante, sendo que 4 destes EP apresentam enfermeiros com tempo completo (35h semanais). Quanto ao número de horas de cuidados/dia pode-se verificar que a média é de 4h no entanto o número de horas mais referido é de 3h.

Nos EP Centrais predomina o tempo parcial sendo de referir que o tempo completo se aproxima em muito deste.

O número de horas de cuidados/dia é em média de 32h sendo a moda de 23h nos EP Centrais. Relativamente aos EP Especiais predomina o tempo completo e o número de horas de cuidados dia é em média de 21h, logicamente aqui nesta análise não está incluso o EP Especial Hospital S. João de Deus de Caxias que pela sua especificidade terá agora um tratamento isolado. Assim nesta unidade predomina o tempo parcial, contudo é de referir que existem 26 enfermeiros em regime de trabalho de tempo completo. O número de horas de cuidados/dia é de 278h.

5.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS RECLUSOS

5.3.1 Horas semanais de cuidados por recluso

Quadro 14 - Nº de horas semanal de cuidados enfermagem por recluso - ESPECIAIS

EP	Nº de horas cuidados/ semanais (horasx7)	Nº de reclusos	Horas semanais cuidado/recluso
Hospital S. João de Deus	1964	160	12,2
Leiria	129,5	240	0,5
PJ Lisboa	35	140	0,3
PJ Porto	14	50	0,3
Santa Cruz do Bispo F	210	257	0,8
Santa Cruz do Bispo H	399	338	1,2
Tires	181	400	0,5

* Misto ** Com internamento

Neste contexto e por questões de não enviesamento dos resultados, retiramos o Hospital S. João de Deus desta análise numa primeira avaliação. Como tal, o número de horas de cuidados de Enfermagem por recluso por semana nos EP especiais é em média de 0,6 horas, ou seja, 36 minutos. Em pormenor cada recluso usufrui de 5,1 minutos de cuidados de Enfermagem por dia, o que é incompatível com qualquer relação terapêutica com a população reclusa. Destaca-se pela positiva um EP onde o tempo disponível para prestar cuidados é o dobro dos restantes.

Quanto ao Hospital S. João de Deus e pela sua especificidade o número de horas de cuidados de Enfermagem por recluso por semana neste EP é de 12,2 horas, ou seja, cada recluso usufrui de 1,7 horas de cuidados de Enfermagem por dia, muito abaixo do número de horas necessárias por dia de internamento de acordo com os valores apresentados pela Administração Central dos Sistemas de Saúde em 2009, ou seja 5,61 horas.

Quadro 15 - Nº de horas semanal de cuidados enfermagem por recluso - EP CENTRAIS

EP	Nº de horas cuidados/ semanais (horasx7)	Nº de reclusos	Horas semanais cuidado/recluso
Alcoentre	203	450	0,5
Carregueira	196	520	0,4
Caxias	133	402	0,3
Coimbra*	175	400	0,4
Funchal	168	304	0,6
Izeda	161	300	0,5
Linhó	161	438	0,4
Lisboa*	287	1160	0,2
Monsanto	98	78	1,3
Paços de Ferreira*	71	600	0,8
Pinheiro da Cruz	200	523	0,4
Porto	575	891	0,6
Sintra	209	676	0,3
Vale de Judeus	189	490	0,4

* Com internamento

O número de horas de cuidados de Enfermagem por recluso por semana nos EP centrais é em média de 0,5 horas, ou seja, 30 minutos. Em pormenor cada recluso usufrui de apenas 4,3 minutos de cuidados de Enfermagem por dia, o que, como já frisamos, torna impossível uma relação terapêutica com a população reclusa. Destaca-se pela positiva um EP onde o tempo disponível para prestar cuidados é o praticamente o triplo dos restantes.

Quadro 16 - Nº de horas semanal de cuidados enfermagem por recluso - EP REGIONAIS

EP	Nº de horas cuidados/semanais (horasx7)	Nº de reclusos	Horas semanais cuidado/recluso
Angra do Heroísmo	63	60	1
Aveiro	28	84	0,3
Beja	39	160	0,2
Braga	28	60	0,5
Bragança	14	36	0,4
Cadeia de Apoio da Horta	0 (Administração de terapêutica feita pelos guardas)	31	0
Caldas da Rainha	77	120	0,8
Castelo Branco	84	125	0,7
Chaves	22	60	0,4
Covilhã	24	62	0,4
Elvas	22	46	0,5
Évora	14	30	0,5
Faro	68	125	0,5
Guarda*	49	174	0,3
Guimarães	20	50	0,4
Lamego	19	39	0,5
Leiria	28	88	0,3
Montijo	45,5	200	0,2
Odemira	14	69	0,5
Olhão	14	50	0,3
Ponta Delgada	28	110	0,3
Setúbal	54	220	0,2
Silves	44	56	0,8
Torres Novas	14	31	0,4

Viana do Castelo	19	92	0,2
Vila Real	24	80	0,3
Viseu	19	62	0,3

O número de horas de cuidados de Enfermagem por recluso por semana nos EP regionais é em média de 0,4 horas, ou seja, 24 minutos. Se formos ao pormenor cada recluso usufrui de apenas 3,4 minutos de cuidados de Enfermagem por dia, o que é um valor ainda mais baixo do que o existente nos restantes EP. Destacam-se pela positiva três EP onde o tempo disponível para prestar cuidados é o dobro ou mais do que os restantes estabelecimentos. Pela negativa destaca-se um EP onde não existem enfermeiros para prestar os cuidados necessários, potenciando outros que não enfermeiros a assumirem uma postura de usurpação de funções.

5.3.1- Prática clínica

Quadro 17 - Tempo de prática clínica por actividade - respostas em números absolutos

Actividades	Muito			Algum			Pouco/Nenhum		
	EP Reg.	EP Cet.	EP Esp.	EP Reg.	EP Cet.	EP Esp.	EP Reg.	EP Cet.	EP Esp.
Promocão de saúde	10	12	1	8	2	2	8	0	3
Colheita de dados	9	13	5	15	1	0	2	0	0
Planeamento de cuidados	10	10	4	14	3	1	2	1	0
Execução de cuidados	23	13	4	3	1	1	0	0	0
Avaliação de cuidados	13	11	3	3	2	1	10	1	1
Reabilitação e reinserção	4	4	1	4	4	0	18	6	4
Comunicação e relação de ajuda	15	12	3	7	1	2	4	1	0
Formação em serviço	3	7	1	2	2	2	21	5	2
Gestão e organização	9	10	4	6	3	1	11	1	0
Participação em projectos institucionais	4	7	1	6	4	0	16	3	3

Notas: As respostas do EP Santa Cruz do Bispo referem-se aos resultados das duas unidades (feminina e masculina). Não obtivemos resposta de um EP Central. Apenas 26 dos 27 EPS Regionais responderam

As actividades mais efectuadas nos três tipos de EP, são a Execução de Cuidados, seguida da Comunicação e Relação de Ajuda, e da Avaliação dos Cuidados. A Formação em Serviço, a Reabilitação e Reinserção, e a Participação

em Projectos Institucionais, são as actividades menos executadas pelos enfermeiros. Poderemos relacionar esta realidade, com o facto da grande maioria dos enfermeiros não terem vínculo definitivo. Pertencem a empresas prestadoras de cuidados, logo têm pouco ou nenhum envolvimento com as dinâmicas funcionais dos EP. Parecem ser mais executantes de tarefas e não parte activa das equipas multidisciplinares dos EP. Esta situação terá activa manifestação na qualidade dos cuidados, e no sub aproveitamento das competências dos enfermeiros. A Promoção da Saúde que seria uma das actividades onde se deveria investir bastante, pelas características da população reclusa, fica relegada para segundo plano constituindo nos EP uma actividade de menor importância.

Quadro 18 - Tempo de prática clínica por actividade - total dos EP

Actividades	Muito	Algum	Pouco/Nenhum
Promoção de saúde	23	12	11
Colheita de dados	27	16	2
Planeamento de cuidados	24	18	3
Execução de cuidados	40	5	0
Avaliação de cuidados	27	6	12
Reabilitação e reinserção	9	8	28
Comunicação e relação de ajuda	30	10	5
Formação em serviço	11	6	29
Gestão e organização	23	10	12
Participação em projectos institucionais	12	12	22

Este quadro continua a mostrar que o tempo de prática clínica por actividade está essencialmente dirigido para a Execução de Cuidados, seguida da Comunicação e Relação de Ajuda. A Colheita de Dados também aparece já com alguma preponderância, o que nos parece estar relacionado com a introdução do Manual de Procedimentos. A Formação, a Reabilitação e Reinserção, a participação em Projectos Institucionais, são das actividades menos desenvolvidas. A Promoção da Saúde continua a não ter uma posição evidenciada. Este afastamento dos enfermeiros, da Gestão

e Organização, da Participação em Projectos Institucionais e da Reabilitação e Reinserção, parece continuar a demonstrar que os enfermeiros (maioritariamente das empresas), estão excluídos dos objectivos e planos de trabalho dos EP. Não fazem parte “deles”.

5.4 CONDIÇÕES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

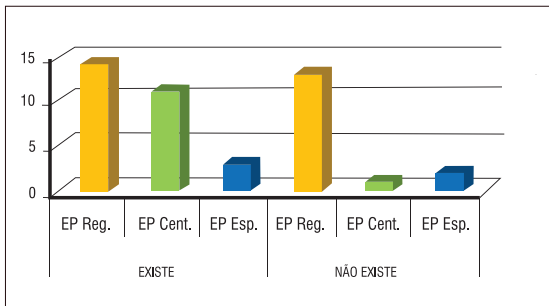
Quadro 19 – Condições para o exercício profissional

Condições para o exercício profissional	Existe			Não existe		
	EP Reg.	EP Cet.	EP Esp.	EP Reg.	EP Cet.	EP Esp.
Tratamento de resíduos	23	13	4	4	1	1
Tratamento de roupas	19	12	3	8	1	2
Circuitos de material contaminado ou descontaminado	10	12	4	17	1	1
Condições de esterilização	14	11	3	13	1	2
Carro ou mala de Emergência	4	7	3	23	5	2
Gestão de fármacos (preparação, administração e armazenamento)	27	13	5			
Prescrição médica para administração de terapêutica	26	13	5			
Instrumentos para registo dos cuidados de enfermagem:						
Manual	25	12	5			
Informatizado	4	7	2		2	

Nas condições para o exercício em relação ao tratamento de resíduos, só 6 EP é que não o realizam. Em relação ao tratamento de roupas, 11 EP não possuem. Os circuitos de material contaminado e descontaminado ainda estão muito deficientes. As condições de esterilização de material também oferecem alguma preocupação. O carro ou mala de emergência apresenta-se um problema, pois a maioria dos EP não o possui. Em relação a este facto destacamos um EP com 300 reclusos que não possuía qualquer material de urgência/emergência.

A gestão dos Fármacos, a prescrição médica e o Manual de procedimentos para a Saúde evidencia-se funcionando em todos os EP.

Gráfico 1 - Condições de esterilização do material



Podemos concluir que 50% dos EP Regionais não possuem condições de Esterilização de Material. Já o mesmo não se passa nos EP Centrais e EP Especiais pois a maioria possuem condições para a esterilização do material. O ambiente prisional comporta riscos acrescidos de infecção e contaminação que dificilmente serão controlados mantendo-se estas situações.

Quadro 20 – Condições físicas das instalações

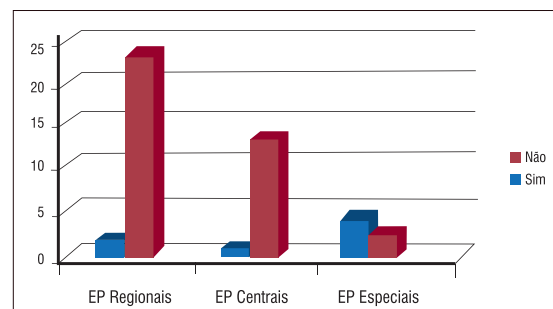
Condições físicas das instalações	Muito bom			Bom			Razoável			Mau			Não existe		
	EP Reg.	EP Cent.	EP Esp.	EP Reg.	EP Cent.	EP Esp.	EP Reg.	EP Cent.	EP Esp.	EP Reg.	EP Cent.	EP Esp.	EP Reg.	EP Cent.	EP Esp.
Iluminação	3	7	1	15	5	3	8	0	3	1					
Arejamento	2	6	1	16	4	3	2	0	0	2			1	1	
Aquecimento	2	5	2	7	3	1	2	1	0	6	1	1	6		
Farmácia	1	6	2	7		1	0	0	0	1		1	11		
Vestílios do pessoal		3	2		3		10	1	1	1	4		19		2
Armários	1	4	1	8	5	2	18	6	4	2				4	
Sanitários do pessoal	2	4	2	6	3	2	4	1	0	1	1	9			
Sala de trabalho	1	5	1	4	4	3	21	5	2		1		8		1
Gabinete enf. ^a responsável		4			3	3	11	1	0	1	1		24	4	2
Copa		3	2	1	2		16	3	3	1	1		19	4	2
Armazém		5	1	4	2	2	8	0	3		1		19	1	1
Sala de limpos		4	1		2	2	2	0	0				26	5	2
Sala de sujos		3	1		2	2	2	1	0				26	6	2
Rouparia		6	2	2	4	1	0	0	0				16	2	1
Triagem de resíduos	1	5	2	5	5	1	10	1	1	5			9		1
Sala de tratamentos	1	6	2	4	2	2	18	6	4	3		1	10		
Sala de espera		4	2	2	2	1	4	1	0			1	18	2	2
Acessibilidade telefónica	6	6	3	6	4	2	21	5	2		1		9		
Esterilização	1	5	3	4	5		11	1	0				19	1	2
Gabinete de atendimento	1	6	1	1	2	2	16	3	3	2			12	1	1

As condições físicas das instalações nestes estabelecimentos especiais são, de acordo com as respostas obtidas e observação realizada, maioritariamente boas, não se destacando de forma evidente aspectos positivos e negativos.

As condições físicas das instalações nos EP centrais são, de acordo com as respostas obtidas e observação realizada, maioritariamente muito boas ou boas. Destacam-se como aspectos mais positivos a iluminação, o arejamento das instalações e a triagem de resíduos. Como item mais negativo surge a inexistência em 50% dos EP visitados de sala de sujos.

As condições físicas das instalações nos EP Regionais são, de acordo com as respostas obtidas e observação realizada, maioritariamente más ou inexistentes. Realça-se particularmente a inexistência de salas de limpos e sujos na esmagadora maioria das estruturas visitas, o que coloca em causa a segurança dos cuidados e potencial a infecção cruzada. Os aspectos mais positivos referenciados são a iluminação e arejamento das instalações.

Gráfico 2 - Existência de Plano de Formação nos EP



Como mostra o gráfico, não existe programa de formação, tal como já anteriormente referimos, a formação não é uma prioridade nos serviços de saúde dos EP. Sendo a formação uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento profissional e individual dos enfermeiros, e tendo uma relação directa no percurso da excelência dos cuidados, parece-nos uma falha relevante.

Quadro 21 - Formação e desenvolvimento profissional

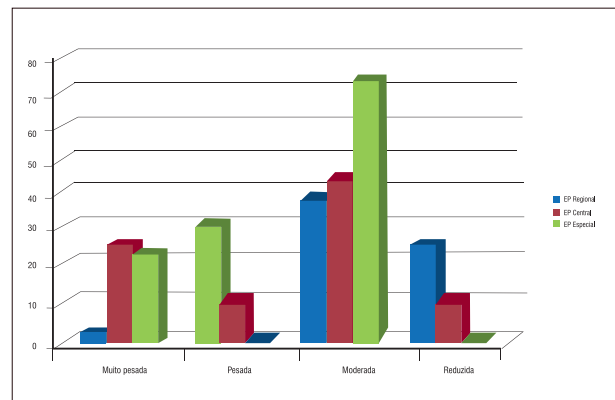
	EP Regionais			EP Centrais		EP Especiais	
	Sim	Esporadicamente	Não	Sim	Não	Sim	Não
Existência de um plano de formação na instituição	2		24	1	14	3	2
Plano de formação motivado pelas necessidades	1		25	2	13	3	2
Existência de formador em serviço	1		25		15	3	2
Comissão gratuita de serviço em tempo total ou parcial			26	5	11	2	3
Critérios de atribuição de dispensa para trabalhos de investigação com interesse para a instituição			26	3	12	2	3
Trabalho organizado de forma a permitir uma progressiva aquisição de conhecimentos e competências	3	2	21	7	8	4	1
Partilha de conhecimentos e experiências obtidos em acções de formação	3	2	21	8	7	3	2
Sessões sobre casos clínicos	1	2	24	6	9	3	2
Partilha de conhecimentos e experiências em contexto de trabalho	4	1	21	8	7	4	1

A formação e desenvolvimento profissional em todos os itens do gráfico não existe em praticamente todos os EP, no entanto tem existido um esforço por parte dos profissionais na partilha de conhecimentos e competências adquiridas quer em contexto de trabalho quer fora deste.

5.5 PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS FACE ÀS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO

A percepção face à carga de trabalho por parte das equipas de enfermagem é referida maioritariamente como moderada. Analisando esta carga de trabalho pelas várias tipologias dos EP verifica-se que 34% dos inquiridos dos EP Centrais, 3% dos EP Regionais e 50% dos EP Especiais refere que esta é pesada ou muito pesada.

Gráfico 3 - Percepção face à carga de trabalho



A percepção face às condições de trabalho por parte das equipas de enfermagem é expressa de forma distinta de acordo com a tipologia dos EP. Analisando estas condições de trabalho pelas várias tipologias dos EP verifica-se que 100% dos inquiridos dos EP Centrais e Especiais, e 75% dos EP Regionais consideram-nas razoáveis ou boas.

Gráfico 4 - Percepção sobre as condições de trabalho

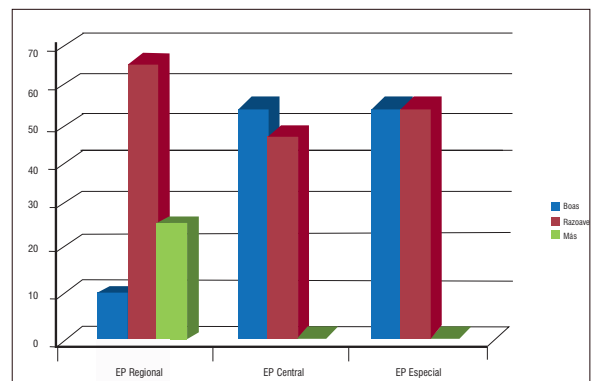
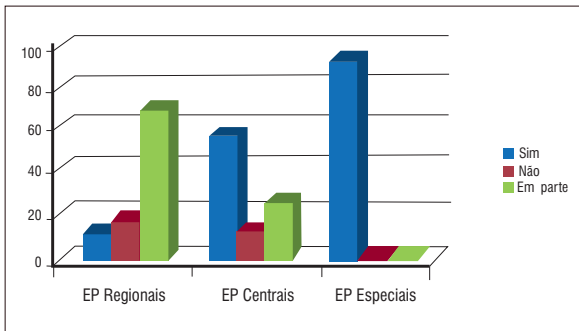
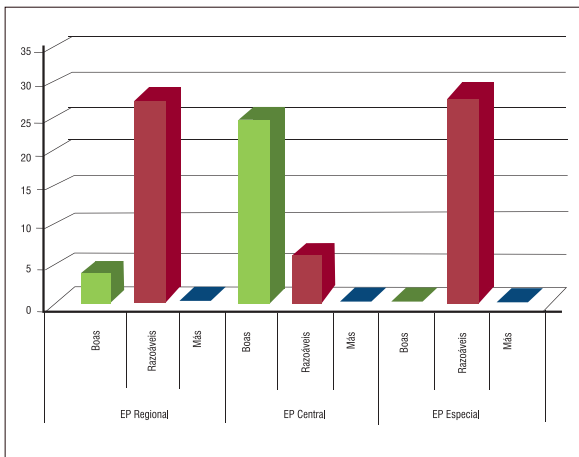


Gráfico 5 - Organização dos serviços/ prestação de cuidados



A organização dos serviços em relação à prestação dos cuidados é considerada adequada nos EP Especiais e Centrais (100% e 60% respectivamente). Nos EP Regionais esta só é considerada em parte adequada (66%).

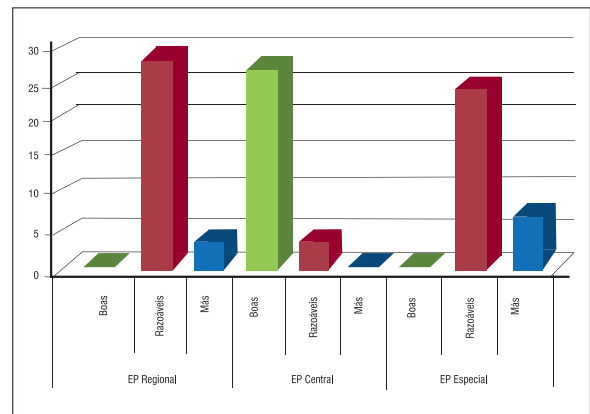
Gráfico 6 - Percepção face às relações de trabalho dentro da equipa de enfermagem



No que concerne às percepções das relações de trabalho dentro da equipa de enfermagem e desta com os demais profissionais, constata-se que estas relações dentro da mesma e com os outros profissionais são razoáveis nos EP

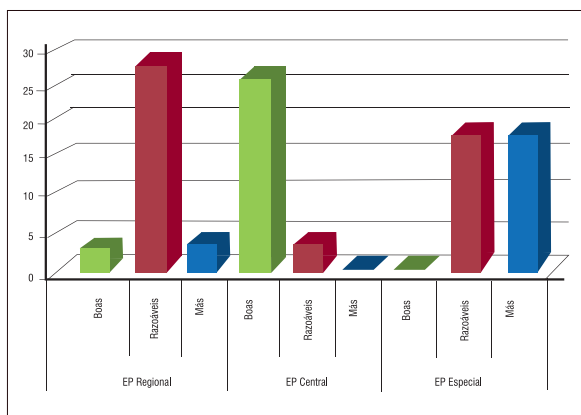
Regionais e Especiais e boas nos EP Centrais. Relativamente às percepções das relações de trabalho com profissionais de outros serviços são razoáveis nos EP Regionais, boas nos EP Centrais e razoáveis ou más nos Especiais. Será um aspecto a melhorar.

Gráfico 7 - Percepção face às relações de trabalho com outros profissionais da equipa de saúde



Verifica-se que as relações dentro da equipa de saúde são em geral razoáveis, ressalvando-se que as equipas dos EP Centrais referem uma boa relação entre os vários atores da equipa de saúde.

Gráfico 8 - Percepção face às relações de trabalho com outros profissionais do EP.



Quadro 3 - Regimes de Reclusão nos Estabelecimentos Prisionais Relativamente às percepções das relações de trabalho com profissionais de outros serviços são razoáveis nos EP Regionais, boas nos Centrais e razoáveis ou más nos Especiais

5.6 NECESSIDADES, CONSTRANGIMENTOS, SUGESTÕES E EXPERIÊNCIAS POSITIVAS

Da análise das questões abertas feitas aos enfermeiros, e da observação realizada localmente, assim como dos comentários feitos pelos dirigentes dos EP sobressaem os seguintes resultados:

Necessidades sentidas:

- De um sistema informático para planeamento e registo dos cuidados de enfermagem;
- De participação em programas/actividades de promoção da saúde;
- De poder ser atempadamente informado do processo de saída em liberdade dos reclusos, no sentido de assegurar a

continuidade dos cuidados;

- Fardamento próprio dos EP, com uniforme identificativo. De salientar que dos contratos realizados com as empresas de prestação de serviços de enfermagem não faz parte o fardamento, sendo que cada enfermeiro opta por comprar o seu fardamento;
- De maior participação nos projectos institucionais;
- De formação profissional;
- De existirem reuniões de equipas e não de se articularem telefonicamente;
- Do processo clínico da DGSP ser de mais fácil preenchimento;
- De ter mais visitas institucionais da ordem dos enfermeiros aos EP. Consideraram “muito importante a visita da Ordem dos Enfermeiros à instituição para avaliação da realidade”.

Constrangimentos:

- Insatisfação com limitação de tempo para desenvolver outras actividades que consideram relevantes;
- A não existência de coordenação/liderança em enfermagem em alguns dos casos - damos o exemplo de um EP com 500 reclusos que não tinha um enfermeiro coordenador de equipa;
- Escassez de tempo para cuidados aos doentes com perturbações psiquiátricas por falta de pessoal (num EP com 130 reclusos com perturbações psiquiátricas);
- Escassez de pessoal auxiliar;
- As más condições físicas de instalação dos serviços de saúde na maioria dos EP;
- Raramente são realizadas reuniões de equipa de enfermagem ou de saúde na maioria dos EP;
- Muitos dos EP não têm enfermeiros do quadro, apenas enfermeiros com contratos de avença e, na altura das visitas, enfermeiros das empresas. Aliás num EP com 520 reclusos nunca houve enfermeiros do quadro;
- As auditorias aos serviços de saúde, pela DGSP, só se iniciaram a partir de 2010;
- Falta de formação e inexistência de formadores em

Enfermagem. Destaca-se o caso de um EP com internamento e, na altura, com 13 enfermeiros que não tinham/faziam formação há vários anos e onde os enfermeiros sentiam necessidade de formação em áreas como a gestão de conflitos;

- Em alguns EP os enfermeiros não têm formação nem suporte avançado nem em suporte básico de vida;
- Em várias empresas de prestação de cuidados é muito diversificada a formação de quem assume a coordenação dos cuidados de enfermagem. Desde pessoas que não são profissionais de saúde, a médicos e psicólogos;
- Não existência de avaliação de desempenho dos enfermeiros em todos os EP. Num EP os enfermeiros do quadro nunca tiveram avaliação de desempenho;
- Os enfermeiros e dirigentes dos EP consideram que a elevada rotatividade e poucas horas de presença de cada elemento da equipa de enfermagem, das empresas prestadoras de serviços, leva a dificuldades na continuidade dos cuidados, interfere na relação com os reclusos e na qualidade dos cuidados;
- O enfermeiro faz trabalho administrativo por falta de funcionários nos serviços de saúde;
- Excessiva burocracia nos pedidos de consumo clínico “às vezes *peço retrovirais e quando vêm já cá não estão só reclusos*”. Foi verbalizado pelos enfermeiros dos EP que, de forma geral, quando os pedidos são feitos a Lisboa existe demora nas entregas de material;
- Ainda é administrada medicação pelos guardas;
- Falta de articulação entre os vários serviços do EP;
- Registos de enfermagem pouco consistentes;
- Num EP com enfermeiro do quadro a empresa atribuiu a gestão dos cuidados de enfermagem por ela prestados a um clínico geral;
- Elevada rotatividade dos enfermeiros das empresas;
- Os enfermeiros não têm conhecimento da liberdade condicional ou libertação dos reclusos para preparar a continuidade de cuidados. “*Não há reuniões de serviço em que a enfermeira participe, muitas vezes o recluso sai sem que a enfermeira saiba para comunicar com o CS da área*

de residência do recluso”;

- Em vários EP não existe triagem de resíduos;
- Não existe carro ou sequer mala de emergência em vários EP;
- Falta de material para tratamento;
- A falta de visibilidade dos enfermeiros dos EP e do seu trabalho a nível das organizações profissionais e da liderança de Enfermagem da DGSP “*Tanto para os sindicatos como para a Ordem os enfermeiros dos EP nunca existiram*” e “*Os enfermeiros dos EP não foram ouvidos para a construção do Manual de Procedimentos da DGSP*”;
- Alguns reclusos encontram-se em pólos de reclusão sem acesso directo a cuidados de enfermagem;
- O enfermeiro, na maioria dos EP, não participa nem toma conhecimento das decisões do Conselho Técnico;
- Na maioria dos EP o material de consumo clínico terapêutico que necessita de estar no frigorífico, está armazenado em frigoríficos domésticos sem termómetro, nomeadamente vacinas.

Experiências positivas:

- Um EP tem acordo com o CRI para programa de metadona e apoio em consultas (Izeda) mais apoio do centro de saúde que vem fazer vacinação e rastreio anual de TP, e apoio do CAD para fazer testes diagnóstico do HIV – 10% dos reclusos com SIDA;
- Existem EP em que os enfermeiros fazem sessões de educação para a saúde tendo como população alvo os reclusos;
- Protocolos com os serviços do SNS para prestação de cuidados;
- Num EP das ilhas os cuidados de enfermagem são prestados no EP por enfermeiros do Centro de Saúde através de protocolo. O enfermeiro do Centro de Saúde pertence ao Conselho Técnico;
- Na maioria dos EP existem actividades que procuram a integração do recluso e protocolos com instituições exteriores, assim como programas de voluntariado.

SUGESTÕES:

- Na opinião de alguns directores os contratos individuais de avença com os enfermeiros permitiam melhor organização do serviço e continuidade dos cuidados;
- Necessidade de investimento no voluntariado nos EP;
- Melhor articulação com os serviços dos centros de saúde e serviços de tratamento de toxicoddependência;
- Aumento do número de horas de prestação de cuidados de enfermagem;
- Promover a formação específica para enfermeiros a trabalharem nos EP;
- Que a Ordem dos Enfermeiros dê visibilidade e valorize o trabalho dos enfermeiros nos EP;
- Melhorar condições de higiene e assepsia (alguns locais usam sabão, existência de toalhas turcas, não há doseadores...).

5.7 A OPINIÃO DE PERITOS**Aspectos a melhorar na prestação de cuidados de saúde nos Estabelecimentos Prisionais Portugueses**

Os peritos destacam aqui os seguintes aspectos:

- As condições de acesso dos reclusos às Unidades Hospitalares do SNS;
- A articulação e a comunicação entre os profissionais de Saúde que prestam serviços nos EP e os profissionais de Saúde do SNS;
- A formação contínua e específica dos profissionais de saúde que prestam serviço nos EP;
- A harmonização de procedimentos entre os Serviços Clínicos dos diversos EP;
- A partilha de boas praticas entre os Serviços Clínicos dos EP;
- A constituição adequada das equipas que assumem a prestação de cuidados de saúde em cada EP.

As propostas apresentadas incidem na necessidade de articulação entre os serviços de saúde prisionais e os

serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde, o que vai de encontro à realidade encontrada nas visitas efectuadas em que os enfermeiros salientavam também essa necessidade sentida. O facto de existir, ao contrário do que acontece no sistema de saúde britânico, uma tutela que não a do Ministério da Saúde, sobre os cuidados de saúde nos EP é factor de diferenciação quer entre os profissionais quer entre os próprios clientes dos cuidados e factor dificultador de articulação entre as instituições. No entanto a Lei 115/2009 enfatiza que os reclusos devem ter acesso aos cuidados no Serviço Nacional de Saúde em condições idênticas aos restantes cidadãos³⁶.

Também a harmonização dos procedimentos, a necessidade de articulação e partilha de experiências entre os vários serviços de saúde dos EP são desejadas e vistas como necessárias, o que demonstra não ser um manual de procedimentos, embora relevante e útil, o meio mais eficaz de conseguir estes designios. Sabendo que a comunicação organizacional é uma estratégia determinante para que as organizações possam atingir os objectivos a que se propõem, ela não se coaduna hoje com um modelo de comunicação vertical e instrumental que não atenda às capacidades criativas e afectivas dos indivíduos que dela fazem parte³⁷.

Torna-se assim necessário um maior investimento em processos de comunicação que valorizem e provoquem comportamentos criativos e de inovação que levem a maior empoderamento dos diferentes actores nos serviços de saúde prisionais. Há assim que valorizar o trabalho em equipa, a partilha de experiências positivas e de sucesso e estimular a autonomia, passos imprescindíveis para a construção de uma identidade cultural comum nos EP que potencie e ajude a divulgar uma imagem positiva e coerente dos seus serviços de saúde.

A formação específica dos profissionais de saúde e a necessidade de ter equipas que tenham o número e a variedade de profissionais que possibilitem um melhor trabalho é outra das propostas.

Na verdade os cuidados de saúde nas prisões têm características próprias que exigem dos profissionais competências quer nas áreas da promoção de saúde quer nas áreas da infeccologia, urgência, saúde mental e até forense. Torna-se por isso necessário que exista formação específica para os profissionais de saúde dos EP.

Também o trabalho em equipa, integrando vários profissionais de saúde e com dotações adequadas, é factor de melhoria de qualidade dos cuidados, pois da heterogeneidade das competências e da partilha de saberes resultam aprendizagens que podem responder melhor à complexidade das situações de cuidados no espaço prisional.

Aspectos positivos do trabalho dos enfermeiros nas prisões

- Previnem a existência de situações de risco;
- Promovem comportamentos e hábitos de vida saudáveis;
- Trabalham a reintegração social do recluso;
- Contribuem de forma determinante na prevenção e tratamento das doenças com maior prevalência em meio prisional, garantindo maiores condições de segurança;
- Capacidade de apaziguar situações de tensão em meio prisional - *“tanto entre reclusos como entre estes e o pessoal de vigilância”*;
- Eficácia e informalidade nas acções de promoção da saúde dos reclusos.

Dentro dos aspectos positivos do trabalho dos enfermeiros nos estabelecimentos prisionais, as questões da promoção de saúde e da reintegração social dos reclusos ocupam um lugar de destaque na opinião destes peritos. A promoção de saúde assume que a saúde é um direito fundamental das pessoas e se constituiu como essencial para o seu desenvolvimento³⁸. De acordo com esta perspectiva a promoção da saúde é entendida como um elemento chave para que cada pessoa possa atingir o seu potencial de saúde. A OMS recomenda que as acções de promoção de saúde possam ser direccionadas para os determinantes

de saúde, dando especial enfoque ao desenvolvimento das capacidades individuais de controle sobre a própria saúde e de ambientes propiciadores de melhor saúde³⁹.

Os enfermeiros têm assim uma acção reconhecida como positiva nas intervenções de promoção de saúde a que um dos peritos acrescenta a informalidade, pois, pelo que nos foi dado perceber nas visitas, os enfermeiros aproveitam as oportunidades de contacto com os reclusos para os informar e sensibilizar para as questões da saúde. Integram-se estas intervenções na Recomendação do Conselho da Europa para aos serviços de saúde prisionais que enfatiza o papel dos profissionais de saúde na educação e promoção de saúde nas prisões⁴⁰.

Sobre os contributos para a reintegração social do recluso embora seja reconhecido como positivo, a verdade é que na grande maioria dos EP os enfermeiros têm poucas oportunidades de participação nos processos de reintegração dos reclusos. As equipas responsáveis pelo trabalho de reinserção não contam com enfermeiros, embora incluam técnicos de várias áreas. Apesar de o enfermeiro ser considerado como elemento chave na equipa de saúde não participa nestes processos de forma explícita nas equipas.

A capacidade de apaziguar conflitos, reconhecida pelos peritos, dá-nos conta de competências relacionais, e de comunicação, demonstradas pelos enfermeiros neste contexto de trabalho. Estas assumem grande relevância num contexto de violência e isolamento que muitas vezes potencia e agudiza os comportamentos violentos. Neste sentido os enfermeiros prestam cuidados que integram a multidimensionalidade dos cuidados com especial atenção às questões relacionais

Aspectos negativos do trabalho dos enfermeiros nas prisões

- Falta de formação específica;
- Grande rotatividade de profissionais em alguns postos de trabalho;

38 OMS, Declaração de Jacarta sobre promoção de saúde no século XXI, 1997

39 OMS, Carta de Bangkok, OMS, 2005

40 COMITÉ DE MINISTROS DO CONSELHO DA EUROPA, 1998

- Excesso de trabalho (na maioria dos casos);
- Escassez de enfermeiros nalguns EP.

Como já vimos a escassez de enfermeiros, nomeadamente de horas de trabalho que permitam responder às necessidades sentidas para melhor cuidar, é uma realidade nos EP. Tendo também em atenção que a grande maioria dos enfermeiros não pertence ao quadro de pessoal, está a trabalhar algumas horas por semana nos EP, juntamos á escassez de enfermeiros a escassez do tempo e a problemática da rotatividade que dificilmente se coaduna com o estabelecer de uma relação terapêutica adequada com os reclusos.

A falta de formação específica dos enfermeiros para trabalharem nos EP é considerada negativa, laias como já vimos é também um aspecto que os peritos consideram dever ser melhorado para todos os profissionais de saúde. Efectivamente a formação sobre aspectos específicos da prática do cuidar nas prisões é recomendada também pelo Observatório Permanente da Justiça Portuguesa num relatório efectuado em 2003 sobre a reintegração social dos reclusos.⁴¹

Formação específica para os enfermeiros a desempenhar funções nos estabelecimentos prisionais

Os peritos consideram que os enfermeiros que trabalham

nos EP deveriam ter formação específica. Essa formação deveria integrar as seguintes áreas:

- Direito;
- Psicologia (com ênfase nos aspectos comportamentais desviantes);
- Infecciologia;
- Saúde mental e toxicodependência.

A formação específica para enfermeiros a trabalharem em estabelecimentos prisionais incluiria, para os nossos inqui-

ridos as áreas do Direito, Psicologia, com especial enfoque nas questões comportamentais desviantes, da infecciologia e da saúde mental e toxicodependência. Claramente que as questões do desenvolvimento de competências nestas áreas são relevantes para a prática de enfermagem em contexto prisional. Nomeadamente porque são estas as problemáticas de saúde mais comuns nos EP estão associadas a patologias do foro da saúde mental, da toxicodependência e das doenças infecciosas, como bem o demonstram os projectos no terreno para minimizar essas problemáticas, nomeadamente o *Plano de Acção Nacional para Combate á Propagação de Doenças Infecciosas e Toxicodependência em Meio Prisional* ou os projectos de combate á violência no meio prisional.

Áreas prioritárias de intervenção dos enfermeiros nos estabelecimentos prisionais

- Promoção da Saúde e prevenção da doença;
- Prevenção e sinalização de comportamentos de risco;
- Prestação de cuidados de saúde urgentes e em situações de emergência;
- Estabilização emocional da população reclusa;
- Fomentar a adesão à terapêutica.

As áreas consideradas de intervenção prioritária dos enfermeiros insistem nas intervenções relacionadas com a promoção da saúde e com a saúde mental, com destaque para a prevenção de comportamentos de risco, a “estabilização emocional” e o estímulo à adesão à terapêutica. Também a prestação de cuidados em situações de urgência é considerada prioritária tendo em conta que muitas vezes o enfermeiro se confronta com situações urgentes, nomeadamente do foro médico e psiquiátrico.

Formas de rentabilizar os conhecimentos e competências dos enfermeiros nos estabelecimentos prisionais

- Realização de acções de promoção da saúde;

⁴¹ Observatório Permanente da Justiça Portuguesa, 2003

- Intervenções em acções de prevenção da doença;
- Intervenções que minimizem os comportamentos de risco na população reclusa;
- Realização de acções de formação a outros profissionais de saúde (Corpo de Guarda Prisional e outros Técnicos que exercem funções nos Estabelecimentos Prisionais);
- Os enfermeiros como polarizadores das acções de formação em saúde nos EP.

Quanto á rentabilização dos conhecimentos e competências dos enfermeiros nos EP é considerado que se deve rentabilizá-las em actividades de promoção de saúde e prevenção da doença. Também a formação de outros profissionais de saúde é vista como uma forma de rentabilizar as competências dos enfermeiros, destacando que deverão ser os enfermeiros a polarizar as acções de formação na área da saúde. Aqui se reconhece que o enfermeiro pode ser por um lado o elemento chave e elo de ligação entre os vários profissionais e por outro um formador na área da saúde, até pela sua formação que engloba um leque de conhecimentos que são úteis na prática quotidiana de outros profissionais dos EP. O enfermeiro pode assim contribuir de forma decisiva para um processo pedagógico que envolva outros profissionais e que se desenvolve em espaço prisional, enquanto ambiente próprio de trabalho, que se enquadra naquilo que Boterf designa como uma aprendizagem do saber-fazer no espaço profissional⁴².

Quem deve assegurar a prestação de cuidados de saúde nos EP

Na opinião dos peritos **a prestação de cuidados de saúde dos EP deveria ser assegurada através do Serviço Nacional de Saúde com excepção de alguns cuidados** *“por razões de segurança, logística e eficiência do próprio sistema prisional, determinados actos ou internamentos, deveriam ser assegurados pelos serviços clínicos dos EP e pelo Hospital Prisional São João de Deus.”* (E1) ou então ser assegurada em parceria entre o Ministério da

Saúde e o Ministério da Justiça. Como já referenciámos a Lei 115/2009 de 12 de Outubro, Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, no seu artigo 7º, prevê que o recluso tem direito a usufruir do Serviço Nacional de Saúde em condições idênticas aos dos outros cidadãos. Por sua vez existem efectivamente características específicas nos cuidados de saúde nas prisões, que implicam medidas de segurança e de coacção que não se coadunam com a dinâmica funcional das unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Esta situação implica que se deverá reflectir sobre a melhor forma de assegurar cuidados aos reclusos, e esta reflexão deverá também ser feita pela Ordem dos Enfermeiros em diálogo com os responsáveis dos Ministérios da Justiça e da Saúde.

As parcerias entre EP e outras instituições com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados

É defendida a **necessidade de parceria com entidades do SNS, ONG's, as várias Ordens profissionais do sector da saúde, Universidades e Entidades privadas da área da saúde,** *“que permitam desenvolver projectos estratégicos de melhoria do sistema de prestação de cuidados de saúde em meio prisional.”* (E1).

A percepção de que a complexidade envolvida nos cuidados de saúde em meio prisional exige conhecimentos, e parcerias, reunindo uma diversidade de sinergias que permita melhorar os cuidados é conscientemente assumida pelos peritos. Aliás é hoje consensual que num mundo globalizado a multidisciplinaridade e o trabalho em parceria envolvendo várias áreas⁴³ de saber potencia os resultados do trabalho nas diferentes áreas, nomeadamente em trabalhos de natureza complexa, como o desenvolvido em contexto prisional.

42 LE BOTERF, 2005

43 MORIN, 2002

O futuro dos cuidados de enfermagem nos estabelecimentos prisionais:

A prestação de cuidados de enfermagem como um dos pilares dos serviços de saúde prisionais

Consideram os inquiridos que futuramente serão os enfermeiros um dos pilares dos serviços de saúde nas prisões. Já hoje essa é uma realidade. Na verdade são os enfermeiros que têm maior permanência efectiva nos serviços, maior contacto com os reclusos e com os outros profissionais, logo a sua relevância é incontestável no meio prisional.

A problemática dos poderes profissionais dentro dos serviços de saúde poderá colocar-se com alguma acuidade nesta questão. No entanto há que reconhecer que cabe aos próprios enfermeiros, e às instituições que os representam, uma palavra a dizer sobre o assunto, tanto mais que tradicionalmente o enfermeiro se constitui como elemento chave de ligação, o pivot, nos cuidados de saúde. A sua permanência e investimento nas intervenções neste contexto é crucial para o desenvolvimento da prática dos enfermeiros em contexto prisional.

Investimento em programas de formação para os enfermeiros a desempenhar funções nos EP

A formação é um elemento base da qualidade dos cuidados de enfermagem e constitui-se como um espaço de aprendizagem e desenvolvimento profissional e pessoal. Assim, tendo em conta que, como vimos, nos EP portugueses os programas de formação são inexistentes e não existe, pelo menos de forma visível, qualquer plano institucionalmente estruturado que responda as necessidades dos profissionais e do contexto é reconhecida a necessidade de investimento nessa área. A aprendizagem de novas ideias, novas formas de fazer e criar, contribuem de forma decisiva para o desenvolvimento não só dos projectos de realização pessoal desenvolvimento institucional.

Evolução para o reforço da actividade de enfermagem em contexto prisional

Esta visão insere-se numa linha de coerência com a opinião acima emitida relacionada com a necessidade sentida de os enfermeiros, como outros profissionais de saúde a exercerem nos EP fazerem formação específica para o trabalho em contexto prisional.

*“O ambiente prisional é um caso particular de concentração de pessoas numa instituição. As prisões reproduzem a patologia da sociedade. São locais de grande concentração e amplificação de risco elevado de saúde... Os presos provêm habitualmente de grupos sociais onde esses riscos já são altos.”*⁴⁴ O reforço do número e tipo de intervenções de enfermagem, num ambiente com características de grande vulnerabilidade social e de saúde, é pertinente e justifica-se pela diversidade das problemáticas associadas a este ambiente e às suas especificidades.

Melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população reclusa

A qualidade dos cuidados de enfermagem é essencial para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde de uma forma geral⁴⁵. Esta qualidade afeta o bem-estar e a saúde dos reclusos mas também a imagem dos enfermeiros e a sua visibilidade.

Tendo em consideração os Padrões de Qualidade da OE⁴⁶, mencionamos algumas actividades que se podem desenvolver para a melhoria da qualidade dos cuidados em contexto prisional:

- A elaboração de guias orientadores de boas práticas clínicas em contexto prisional;
- O empenho em projectos multidisciplinares que minimizem o impacto negativo do ambiente prisional e persigam o objectivo da reinserção social e continuidade dos cuidados de saúde a esta população;
- Investir na identificação precoce dos problemas dos re-

44 BRIZ, 2003

45 ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001

46 Idem

clusos, na prescrição e implementação das intervenções de enfermagem, assim como no encaminhamento de “casos” problemáticos;

- Assumir na equipa multidisciplinar as suas responsabilidades, nomeadamente assumindo-se como “gestor de casos” num trabalho que se deseja integrado, participado e responsabilizante;
- Colaborar na implementação e participação de um sistema de informação que permita o registo adequado dos cuidados e a comunicação atempada entre os vários profissionais.

Maior eficiência e eficácia dos cuidados de enfermagem prestados

As questões da eficiência e eficácia dos cuidados de saúde estão hoje, até pelo contexto económico de crise, na ordem do dia e os nossos inquiridos reforçam também esta dimensão. A eficiência prende-se com as questões do não desperdício de recursos e com a obtenção dos melhores resultados com os recursos disponíveis. Não deixando nós de estar de acordo com esta perspectiva de uma maior eficiência nos cuidados, parece-nos que se deverá ter em atenção que os constrangimentos em termos económicos que actualmente se enfrentam não poderão colocar em causa a qualidade dos cuidados. Terão sido talvez, as preocupações com a eficiência, desprovidas de sentido de eficácia, que terão conduzido à prática de cuidados de enfermagem por não enfermeiros e a uma visão puramente instrumental das intervenções de enfermagem em contexto prisional.

Reforço dos quadros próprios de enfermagem, nos EP, numa parceria entre os Ministérios da Saúde e da Justiça

Esta proposta entronca-se numa política de organização dos cuidados de saúde que implica decisões em relação à tutela dos cuidados de saúde nos serviços prisionais. Esta proble-

mática tem vindo a ser discutida desde há alguns anos entre os dois ministérios, sem que até agora tenha sido tomada uma decisão definitiva. Trata-se de um assunto que julgamos ser de todo o interesse ser discutido também pela Ordem dos Enfermeiros e Associações de Enfermeiros envolvidas. A prestação de cuidados de enfermagem nas prisões reveste-se de grande relevância social pelas implicações que pode ter na saúde dos reclusos, suas famílias e comunidade, não pode pois ser descurada a discussão e tomada de decisão pública da OE a este respeito. Consideramos que os enfermeiros deverão também integrar os grupos de trabalho nacionais sobre o assunto. De todas as formas o reforço do número de enfermeiros com contrato estável nos serviços de saúde prisionais é um aspecto fundamental para a excelência dos cuidados de enfermagem nos EP. Nesse sentido se pronunciou, em 1998, o Comité dos Ministros do Conselho da Europa, que adoptaram uma resolução sobre os aspectos éticos e organizacionais dos serviços de saúde prisionais. Este inclui uma recomendação sobre a necessidade de existirem nos EP, em regime de tempo completo e permanente, médicos e enfermeiros qualificados que assegurem a prestação de cuidados aos reclusos nos diferentes níveis de prevenção⁴⁷.


Maior disponibilidade em termos de tempo para a prestação de cuidados

Esta proposta para o futuro da enfermagem prende-se com a proposta anterior e, de algum modo, também com algumas outras. A maior disponibilidade permitirá aos enfermeiros implementarem e desenvolverem outro tipo de intervenções que hoje não são realizadas, ou são pouco desenvolvidas, devido às restrições actuais em termos de tempo, como aliás já foi referido em análise anterior.

Mais tempo para que os enfermeiros participem nos projectos de reinserção social dos reclusos.

Uma das actividades nos EP em que os enfermeiros raramente

47 COMITÉ DE MINISTROS DO CONSELHO DA EUROPA



participam é nos projectos de reinserção social dos reclusos. Tendo em consideração que a reinserção social não passa apenas pela reinserção no mundo do trabalho ou na família, mas também pela continuidade dos cuidados de saúde⁴⁸, nomeadamente na área da toxicodependência, de outras patologias do foro psiquiátrico e doenças infecciosas, não se compreende que os enfermeiros não participem nestes processos. Consideramos pois esta proposta adequada as competências que se esperam ser desenvolvidas pelos enfermeiros visto que lhe cabe “a *promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue*”⁴⁹.

48 SANTOS; GOMES, 2003

49 ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001

CONCLUSÕES

A situação dos enfermeiros nos EP portugueses está longe de ser satisfatória. Na maior parte dos EP não existem condições físicas para uma adequada prestação de cuidados de enfermagem.

O número de horas de prestação de cuidados é manifestamente insuficiente para que exista qualidade nos cuidados prestados e para que estes respondam às necessidades de intervenção dos enfermeiros nos diversos programas existentes. A opção da prestação de cuidados de enfermagem pelas empresas de prestação de serviços envolve, além de uma clara preocupação economicista, também a preocupação, reconhecamos, de permitir que existissem cuidados de enfermagem nos vários EP.

A política instalada no sistema prisional de que basta administrar a medicação e tratar as feridas, para que esteja cumprida a missão do enfermeiro é uma visão claramente limitada do papel deste profissional. Teremos também de reflectir sobre o facto de durante muitos anos, não sabemos se desde sempre, não ter sido demonstrada, pelas próprias organizações profissionais de enfermagem, preocupação com a situação dos profissionais e com os cuidados prestados nestas instituições.

O GECEPEEP considera ter, neste momento, legitimidade e ser oportuno deixar aqui algumas sugestões para que a Ordem dos Enfermeiros e a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais possam utilizar, se assim o entenderem, a saber:

- Estabelecer a promoção da saúde como a base dos serviços de saúde em cada estabelecimento prisional. Assim deverá considerar-se sempre que todos os funcionários prisionais têm papel activo na promoção da saúde na instituição e, por isso mesmo, deverão ser envolvidos em acções de formação nesta área;
- Adequar os recursos humanos de saúde, nomeadamente de Enfermagem, às necessidades existentes em termos de promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento de doença aguda e crónica, não esquecendo a reabilitação e a reinserção social;
- Assegurar que o acesso aos processos clínicos seja

reservado exclusivamente aos profissionais de saúde, onde estes registem convenientemente todas as acções que pratiquem;


- Proceder de modo a que o armazenamento de medicamentos se faça em instalações específicas, em locais com condições adequadas e acesso reservado aos profissionais de saúde autorizados;

- Necessidade de articulação entre os serviços de saúde prisionais e os serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde. O facto de existir uma tutela que não a do Ministério da Saúde, sobre os cuidados de saúde nos EP é factor de diferenciação, quer entre os profissionais, quer entre os próprios clientes dos cuidados, e factor dificultador de articulação entre as instituições;

- Harmonizar os procedimentos, a necessidade de articulação e partilha de experiências entre os vários serviços de saúde dos EP. Um manual de procedimentos, embora relevante e útil, não é o meio mais eficaz de conseguir estes desígnios. Torna-se assim necessário um maior investimento em processos de comunicação que valorizem e provoquem comportamentos criativos e de inovação que levem a maior empoderamento dos diferentes actores nos serviços de saúde prisionais. Há assim que valorizar o trabalho em equipa, a partilha de experiências positivas e de sucesso e estimular a autonomia;

- Criar ou melhorar as condições físicas para a prestação de cuidados de Enfermagem investindo, nomeadamente, em processos adequados de esterilização e desinfecção dos materiais utilizados;

- A formação específica dos profissionais de saúde e a necessidade de ter equipas que tenham o número e a variedade de profissionais que possibilitem um melhor trabalho é outra das propostas. Na verdade os cuidados de saúde nas prisões têm características próprias que exigem dos profissionais um vasto leque de competências, quer nas áreas da promoção de saúde quer nas áreas da infecciologia, urgência, saúde mental e até forense. Torna-se por isso necessário que exista formação específica para os profissionais de saúde dos EP, nomeadamente para os



enfermeiros em Promoção da saúde, Direito, Psicologia (com ênfase nos aspectos comportamentais desviantes), Vulnerabilidade em Saúde, Epidemiologia, Infecçologia e Saúde Mental e toxicodependência;

- Também o trabalho em equipa, integrando vários profissionais de saúde e com dotações adequadas, é factor de melhoria de qualidade dos cuidados, pois da heterogeneidade das competências e da partilha de saberes resultam aprendizagens que podem responder melhor à complexidade das situações de cuidados em contexto prisional;

- A prestação de cuidados de enfermagem como um dos pilares dos serviços de saúde prisionais, pois têm maior permanência efectiva nos serviços, maior contacto com os reclusos e com os outros profissionais, sendo a sua relevância incontestável no meio prisional;

- Evolução para atribuição de competências acrescidas ao enfermeiro que exerce em contexto prisional;

- Melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população reclusa;

- Reforço dos quadros próprios de enfermagem nos EP, numa parceria entre os Ministérios da Saúde e da Justiça;

- Mais tempo para que os enfermeiros participem nos projectos de reinserção social dos reclusos.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN CORRECTIONAL HEALTH SERVICES ASSOCIATION. Disponível em <http://www.achsa.org/index.html>, 2010.

BRASIL - Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasil, 2004.

COMITÉ DE MINISTROS DO CONSELHO DA EUROPA, Recomendação(98)7, de 8 de Abril de 1998.

CONTRERA, W - Análise da situação penitenciária no Estado de São Paulo. Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS, 2000.

DIUANA, V; LHUILIER D; SÁNCHEZ, A [et al.] - Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Brasil, 24 (8): 1887-96, 2008

FOUCAULT, M – *Vigiar e punir - história da violência nas prisões*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2010.

GONÇALVES, R - Delinquência, crime e adaptação à prisão. 2ªed. Coimbra:Quarteto Editora, 2002.

HOYA P - Integración de la sanidad penitenciaria. Perspectivas de futuro. Revista Espanhola de Sanidad Penitenciaria. Espanha, 2:83-6, 2000.

ICN – Nurses role in the care of detainees and prisoners. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents>, 2011.

LE BOTERF, G – “*Construir as competências individuais e coletivas*”. Lisboa: Edições Asa, 2005.

MIRANDA, A; MERÇON-DE-VARGAS, P; VIANA, M - Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. Revista Saúde Pública. 38 (2): 255-60, 2004.
MORIN, Edgar – “*Os sete saberes para a educação do*

futuro”. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Direcção Geral de Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004.

NASCIMENTO, A; LEMOS, J; SAPUCAIA, J - Unidades de programa de saúde penitenciária: humanização e saúde para a população prisional na Bahia. Brasil. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica. 51-6, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Conference – Kyiv, 13 November 2008 – Prison health as part of public health system. WHO Regional Office for Europe. Disponível em: <http://www.who.int/prisons>, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Health in prisons – a WHO guide to the Essentials in prison health. WHO Regional office for Europe. Copenhagen, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Mental Health Primary Care in Prison. London, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Moscow Declaration on Prison as a Part of Public Health. WHO Regional Office for Europe, 2003.

PICHERIE, E – Le role des infirmiers dans les prisons. In ADSP 44 (2003) 30-31.

PORTUGAL - Lei Nº 4/2004 de 15 de Janeiro. “Diário da República – Série I - A”, 12 (2004-01-15) 311-317.

PORTUGAL - Lei Nº 115/2009. “Diário da República – Série I”, 197 (2009-10-12) 7422-7464.

RUIZ-PÉREZ, R - Editorial. Los retos competitivos de Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Revista Española de

Sanidad Penitenciaria. Espanha, 8:1-4, 2006.

SANTOS, B; GOMES, C - A reinserção social dos reclusos – um contributo sobre a reforma do sistema prisional. Coimbra: CES - UC e Observatório Permanente da Justiça Portuguesa, 2003.

SERRA, M - Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. Revista de Ciências da Educação. Lisboa, 5 (Jan./Abr.): 69-80, 1998.

SOUZA, M; PASSOS, J - A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery. Brasil, 12 (3): 417-23, 2008.

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

BRIZ, T – Saúde nas Prisões Portuguesas. OPSS, 2003 disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/saude+nas+prisoas+portuguesas.pdf>.

CARDOSO, O - “Comunicação empresarial versus comunicação organizacional: novos desafios teóricos” in RAP Rio de Janeiro 40 (6): 1123-44, Nov./Dez. 2006; disponível em disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n6/10.pdf> em linha 07/09/2011.

DALE, C; WOODS, P – Caring for Prisoners: RCN Prison Nurses Forum Roles and Boundaries Project. . Disponível em: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0005/78530/001618.pdf em 20 de Janeiro 2009.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - Direcção Geral dos Serviços Prisionais - Plano de Actividades 2008. Disponível em: <http://www.dgsp.mj.pt/> em Janeiro 2009.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - Direcção Geral dos Serviços

Prisionais - Plano de Actividades 2011. Disponível em: <http://www.dgsp.mj.pt/> em Janeiro 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. 2001 disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Carta de Bangkok, OMS, 2005 disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Declaração de Jacarta sobre promoção de saúde no século XXI, disponível em: [hptt://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_portuguese.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_portuguese.pdf), OMS, 1997 em linha em 07/09/2011.







**CONDIÇÕES DO
EXERCÍCIO
PROFISSIONAL
DE ENFERMAGEM EM
ESTABELECIMENTOS
PRISIONAIS**

NOVEMBRO 2012





Adenda 1

RESPOSTA AO RELATÓRIO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS “CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS”

Após a leitura atenta do relatório supra mencionado surgem-nos algumas dúvidas que, no nosso entender, deveriam ser esclarecidas e em alguns casos clarificadas.

Assim:

Pág.4 – “...As competências a desenvolver pelos enfermeiros em contexto prisional abarcam assim as áreas de formação de reinserção social, forense....”

Não é para nós claro, o que significa competências na área da reinserção social, uma vez que existem técnicos de reinserção social e técnicos de reeducação, que operam no Sistema Prisional e que têm competências próprias e bem definidas.

Pág. 10 - Na figura 1 - Distribuição geográfica ... 2009”

Não estão referenciados os EP Regionais de Castelo Branco, Portimão e EP de Santarém”

Pág. 10 e 11 - “...Assim em Janeiro de 2011 o sistema prisional português contava com 27 estabelecimentos regionais e uma cadeia de apoio, 17 estabelecimentos prisionais centrais e quatro especiais.”

Na figura 2 - Distribuição geográfica ... 2011”

O EPR de Coimbra, tal como vossa referência na pág.4, já se encontrava extinto em 2011.

Pág12 - “...ou mesmo inexistência de enfermeiros no EP”

Actualmente não se verificam situações como as descritas.

Pág.13 – “Os restantes enfermeiros a desempenharem funções nos EP portugueses eram contratados individualmente ou fazem parte de empresas.”

Importa esclarecer que no ano de 2007, para colmatar a escassez de enfermeiros na DGSP, existiam contratos individuais de trabalho (avenças) que tiveram uma autorização excepcional concedida pelo SEAP até ao ano de 2009. A partir do ano de 2009, por força da Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, a prestação passou a ser realizada por pessoas colectivas.

Pág.13 – “No ano 2007 saíram dos EP portugueses 13 enfermeiros, 10 deles eram do quadro, 8 deles saíram por aposentação, nenhum foi substituído.”

Durante o ano de 2011 e 2012, foram integrados no mapa de pessoal da DGSP 12 enfermeiros.

Pág.13 – “Dos 99 enfermeiros da DGSP apenas 7 deles frequentaram acções de formação....”

Estes dados não correspondem à realidade porquanto existem enfermeiros que fazem as suas acções de formação fora das horas de trabalho e por isso não necessitam de autorização superior para frequentarem as mesmas.



Existem ainda enfermeiros que fizeram especializações e não se socorreram do estatuto de trabalhador estudante.

Pág.13 – “O número de horas de cuidados de enfermagem na maioria dos EP tem vindo a diminuir, visto a DGSP considerar que não existe necessidade”

Não corresponde à verdade, quer no que diz respeito ao número de horas contratadas, quer no que diz respeito à identificação da necessidade. Assim informamos que em 2009 o número de horas total de enfermagem era de 7062 e em 2012 é de 7386.

Pág.14 – “Trinta e cinco estabelecimentos prisionais não possuem enfermaria própria....”

O conceito de enfermaria com internamento é distinto do conceito de assistência de enfermagem.

Em nosso entender não se justifica enfermarias com internamento na quase totalidade dos EP. Seria um desperdício de recursos humanos e económicos, sabendo nós que o HPSJD e as enfermarias de retaguarda existentes em alguns EP, dão resposta às necessidades actuais.

Pág.16 – “Quadro 2 – Regime de reclusão dos Estabelecimentos Prisionais Especiais”

Os Estabelecimentos Prisionais PJ Lisboa, PJ Porto e Santa Cruz do Bispo Masculina não são classificados Estabelecimentos Prisionais Especiais.

Pág.17 – “Quadro 3 – Regime de reclusão dos Estabelecimentos Prisionais Regionais”

O quadro 3 refere-se aos Regimes de reclusão dos Estabelecimentos Centrais. Em falta EP Évora, EP Castelo Branco e EP Santa Cruz do Bispo Masculino.

– “Quadro 4 – Regime de reclusão dos Estabelecimentos Prisionais Regionais”

Em falta EP Vale de Sousa, EP PJ Lisboa e EP PJ Porto. A retirar EP Évora e EP Castelo Branco.

Pág. 19 e 20 – Quadros 7, 8, 9 e 10

Reitera-se o mencionado nos quadros 2, 3 e 4.

Pág.20 – “Nos EP Especiais, dos 111 enfermeiros, todos licenciados, só 13 é que são enfermeiros especialistas....”

Dos 111 enfermeiros, à data da avaliação, dos EP Especiais, importa dizer que:

HPSJD – mais de 50% dos enfermeiros são da empresa

EP Leiria – 50% dos enfermeiros são da empresa

PJ Lisboa – 100% dos enfermeiros são da empresa

PJ Porto – 100% dos enfermeiros são da empresa

STª Cruz do Bispo Feminino – 100% dos enfermeiros são da Misericórdia do Porto e estão ao abrigo do



protocolo entre a DGSP e a Santa Casa da Misericórdia do Porto
Stª Cruz do Bispo Masculino – 100% são enfermeiros do quadro e 50% tem especialidade.
EP Tires – 100% são enfermeiros da empresa

Face a estes dados, importa referir que aquando da contratação de enfermeiros através de empresa não é critério ser ou não especialista, sendo certo que muitos deles são especialistas.

Por outro lado, o facto de não haver mais especialistas no Sistema Prisional pode estar relacionado com o elevado custo dos cursos de especialização, com organização familiar, ou com outras variáveis igualmente importantes.

Não nos parece justo imputar qualquer responsabilidade às chefias dos Serviços.

Pág.21 – No quadro 12 – Regime de trabalho e número de horas cuidados/26h/dia – EP Especiais

O quadro apresentado é referente a EP Centrais.
Reitera-se o mencionado para o quadro 3.

Esclarece-se que o EP Alcoentre não tem enfermeiros do quadro e que o número de enfermeiros também não é o indicado na tabela.

Pág.23 – “...Hospital S. João de Deus e pela sua especificidade o número de horas de cuidados de enfermagem...”

Importa dizer, que em média, o HPSJD tem 130 doentes e não 160, sendo, uma percentagem significativa, doentes crónicos e que alguns deles se estivessem em liberdade não estariam hospitalizados. Actualmente não nos parece que o número de enfermeiros seja insuficiente para prestar cuidados de enfermagem de qualidade e em segurança. Os constrangimentos dos serviços de enfermagem no HPSJD estão intimamente ligados ao facto de as equipas terem número insuficiente de enfermeiros do quadro o que dificulta a dinâmica das equipas.

Pág.26 – “Podemos concluir que 50% dos EP Regionais não possuem condições de esterilização...”

Actualmente esta situação não se verifica porque os equipamentos obsoletos foram substituídos e foi adquirido material descartável para os EP onde não se justifica a aquisição de autoclave.

Pág.26 – “...Sendo a formação uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento profissional e individual dos enfermeiros...”

Estamos de acordo, mas importa referir que nos EP com a totalidade ou quase totalidade de enfermeiros das empresas é muito difícil fazê-los aderir a programas de formação, até pelo vínculo que têm à Instituição, ou seja, através de empresas prestadoras de serviços.

Pág.29 – “...cada enfermeiro opta por comprar o seu fardamento.”

O fardamento de todos os profissionais de saúde que exercem funções no Sistema Prisional, através de empresas, são da inteira responsabilidade das mesmas, conforme caderno de encargos do Concurso de Saúde.



Pág.30 – ...“Excessiva burocracia nos pedidos de consumo clínico...”

Situação ultrapassada com novos procedimentos de requisição e distribuição de material de consumo e medicamentos.

Pág.30 – “Num EP com enfermeiro do quadro a empresa atribui a gestão dos cuidados de enfermagem por ela prestados a um clínico geral;”

Desconhecemos esta situação, pelo que pedimos esclarecimentos.

Pág.30 – “Falta de material de tratamento;”

Desconhecemos esta situação, pelo que pedimos esclarecimento.

Pág.30 – “Os enfermeiros dos EP não foram ouvidos para a construção do Manual de Procedimentos da DGSP”

Não corresponde à verdade. Existiam enfermeiros da DGSP no grupo de trabalho que executou o Manual de Procedimentos e foram tidos em conta vários pareceres dos enfermeiros.

Pág.30 – “Alguns reclusos encontram-se em pólos de reclusão sem acesso directo a cuidados de enfermagem;”

Pedimos esclarecimento sobre esta afirmação porque não é perceptível a situação a que se refere.

Pág. 30 – “O enfermeiro, na maioria dos EP, não participa nem toma conhecimento das decisões do Conselho Técnico”

A competência e composição do Conselho Técnico estão vertidas nos art.ºs 142 e 143, Lei nº 115/2009 de 12 de Outubro.

Pág.31 – “Necessidade de investimento no voluntariado nos EP;”

Não é perceptível esta afirmação e por isso pedimos esclarecimentos.

Pág.35 – “...nos EP portugueses os programas de formação são inexistentes...”

Não corresponde à realidade de todos os EP. A título de exemplo o HPSJD tem programas de formação estruturados, exequíveis e avaliados e que correspondem às necessidades dos profissionais de saúde que ali exercem as suas funções.

Pág.35 – “... a elaboração de guias orientadores de boas práticas clínicas em contexto prisional;”

O Manual de Procedimentos para a Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Prisional, contem nos seus anexos, NOC (Normas de Orientação Clínica).



Adenda 2 da Ordem dos Enfermeiros ao
**Relatório das Condições do Exercício Profissional de Enfermagem
em Estabelecimentos Prisionais**

Perante o envio à Direção-geral dos Serviços Prisionais (DGSP) do Relatório das Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais, ao qual apresentaram algumas considerações passíveis de serem clarificadas (Adenda 1), a Ordem dos Enfermeiros cita abaixo as melhores respostas às mesmas, assim como a necessária correção de erros, omissões e retificações entretanto encontrados no documento produzido, a saber:

Pág. 4 - Onde se lê “As competências a desenvolver pelos enfermeiros em contexto prisional abarcam assim as áreas de formação, de reinserção social, forense, da relação terapêutica e dos cuidados em ambiente de risco.”

Deve ler-se “As competências a desenvolver pelos enfermeiros em contexto prisional abarcam assim as áreas de formação, de reinserção social^{1.a}, forense, da relação terapêutica e dos cuidados em ambiente de risco.

^{1.a} - Conforme art.º 8 do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.”

Pág. 13 - Onde se lê “- O número de horas de cuidados de enfermagem na maioria dos EP tem vindo a diminuir, visto a DGSP considerar que não existe necessidade.”

Deve ler-se “- O número de horas de cuidados de enfermagem na maioria dos EP tem vindo a diminuir, visto a DGSP considerar que não existe necessidade^{35.a}.”

^{35.a} - No entanto, entre 2009 e 2012 existiu alguma melhoria da situação pois o número de horas de cuidados aumentou de 7062 para 7386.”

Pág. 14 - Onde se lê “- Trinta e cinco estabelecimentos prisionais não possuem enfermaria própria para prestar cuidados de saúde e de enfermagem continuados a doentes internos, sendo que ainda há um EP sem enfermeiros para actos isolados de enfermagem e urgentes.”

Deve ler-se “- Trinta e cinco estabelecimentos prisionais não possuem enfermaria^{35.b} própria para prestar cuidados de saúde e de enfermagem continuados a doentes internos, sendo que ainda há um EP sem enfermeiros para actos isolados de enfermagem e urgentes.”

^{35.b} - Entendido aqui o termo “Enfermaria” como um espaço reservado, que pode até ser pequeno mas adequado à permanência de um ou mais reclusos para tratamento ou vigilância de saúde durante algumas horas.”

Pág. 17 - Onde se lê “Quadro 3 – Regimes de Reclusão nos Estabelecimentos Prisionais Regionais”

Deve ler-se “Quadro 3 – Regimes de Reclusão nos Estabelecimentos Prisionais Centrais”

Pág. 20 - Onde se lê “Podemos pensar que a formação não tem sido valorizada nem tem existido estímulo para a mesma, ou que a aplicabilidade do maior conhecimento, não tem tradução relevante no conteúdo funcional das equipas de enfermagem.”

Deve ler-se “Podemos pensar que a formação ou não tem sido valorizada, ou não tem existido estímulo para a mesma, ou que a aplicabilidade do maior conhecimento não tem tradução relevante no conteúdo funcional das equipas de enfermagem.”

Pág. 26 - Onde se lê “O ambiente prisional comporta riscos acrescidos de infecção e contaminação que dificilmente serão controlados mantendo-se estas situações.”

Deve ler-se “O ambiente prisional comporta riscos acrescidos de infecção e contaminação que dificilmente serão controlados mantendo-se estas situações.^{35.c}”

^{35.c} - Em 2012 esta situação foi resolvida, ou significativamente melhorada, com o fornecimento de material



descartável e a substituição dos equipamentos obsoletos.”

Pág. 29 - Onde se lê “De salientar que dos contratos realizados com as empresas de prestação de serviços de enfermagem não faz parte o fardamento, sendo que cada enfermeiro opta por comprar o seu fardamento.”

Deve ler-se “De salientar que dos contratos realizados com as empresas de prestação de serviços de enfermagem não faz parte um fardamento específico, sendo que cada enfermeiro opta por comprar o seu.”

Pág. 30 - Onde se lê “Foi verbalizado pelos enfermeiros dos EP que, de forma geral, quando os pedidos são feitos a Lisboa existe demora nas entregas de material.”

Deve ler-se “Foi verbalizado pelos enfermeiros dos EP que, de forma geral, quando os pedidos são feitos a Lisboa existe demora nas entregas de material^{35.d.}.”

^{35.d.} - Situação entretanto já melhorada com a introdução de novos procedimentos.

Onde se lê “Falta de material para tratamento.”

Deve ler-se “Falta de material para tratamento^{35.e.}.”

^{35.e.} - Embora não fosse uma realidade comum a todos os EP.

Onde se lê “Os enfermeiros dos EP não foram ouvidos para a construção do Manual de Procedimentos da DGSP.”

Deve ler-se “Os enfermeiros dos EP não foram ouvidos para a construção do Manual de Procedimentos da DGSP^{35.f.}.”

^{35.f.} - No entanto, integraram o grupo de trabalho que elaborou o Manual de Procedimentos várias enfermeiras.”

Pág. 35 - Onde se lê “Assim, tendo em conta que, como vimos, nos EP portugueses os programas de formação são inexistentes e não existe, pelo menos de forma visível, qualquer plano institucionalmente estruturado que responda as necessidades dos profissionais e do contexto é reconhecida a necessidade de investimento nessa área.”

Deve ler-se “Assim, tendo em conta que, como vimos, nos EP portugueses só existe programa de formação específico no Hospital Prisional São João de Deus.”

Onde se lê “A aprendizagem de novas ideias, novas formas de fazer e criar, contribuem de forma decisiva para o desenvolvimento não só dos projectos de realização pessoal desenvolvimento institucional.”

Deve ler-se “A aprendizagem de novas ideias, novas formas de fazer e criar, contribuem de forma decisiva para o desenvolvimento não só dos projectos de realização pessoal como institucional.”

Onde se lê “A elaboração de guias orientadores de boas práticas clínicas em contexto prisional.”

Deve ler-se “A elaboração de guias orientadores de boas práticas clínicas em contexto prisional^{46.a.}.”

^{46.a.} - Algum processo de desenvolvimento na linha das Normas de Orientação Clínica (NOC) que já integraram o atual manual de procedimentos para a prestação de cuidados de saúde em meio prisional.”