



**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Acesso aos Cuidados de Saúde nas Prisões e os seus  
Determinantes: uma Revisão Sistemática**

XXIV Curso de Mestrado em Saúde Pública

**Beatriz Rodrigues Abreu Nabais**

**Julho 2023**





**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Acesso aos Cuidados de Saúde nas Prisões e os seus  
Determinantes: uma Revisão Sistemática**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação  
científica do Professor Doutor Julian Perelman

**Julho 2023**

## **Agradecimentos**

Esta dissertação não seria possível sem o incondicional apoio de algumas pessoas às quais tenho de prestar a minha gratidão.

Em primeiro lugar, começo por agradecer ao Professor Doutor Julian Perelman por ter confiado em mim para abordar esta temática e por todo o seu apoio e paciência.

Um obrigado à minha família, especialmente aos meus pais e irmãos, por todas as palavras de motivação e momentos de desabafo quando pensava que não seria possível acabar a tempo.

Aos meus amigos mais próximos, eles sabem que estou para sempre grata pela companhia deles, por estarem sempre ao meu lado e nunca me deixarem desistir.

Por fim, um especial agradecimento a mim própria por todo o trabalho e dedicação ao longo deste ano. Não foi fácil, mas mostrou-se ser um processo que me ensinou bastante e por isso obrigada.

## **Resumo**

O número de reclusos tem vindo a aumentar globalmente e, para garantir uma boa reinserção na sociedade é preciso garantir o acesso universal aos serviços de saúde desta população. Para além disso, a população reclusa, normalmente, é mais vulnerável, tendo maior tendência para sofrer determinados problemas de saúde.

Este estudo procurou sistematizar o acesso aos cuidados de saúde em estabelecimentos prisionais e os seus determinantes nos países de alto rendimento. Foram selecionados artigos científicos publicados entre 2018 e 2023 de uma base de dados, resultando em 30 artigos para revisão. Os resultados dos artigos foram divididos em diferentes categorias de cuidados de saúde.

Foram sintetizadas estratégias eficazes no tratamento de determinadas condições, como a hepatite C e transtorno do uso de opioides, e feitas comparações com o acesso aos cuidados de saúde da população geral. Vários determinantes foram identificados, nomeadamente, ser de um grupo etário superior, do sexo feminino, ter mais comorbidades, tempo de reclusão superior e crimes considerados mais graves funcionam como facilitadores do acesso aos serviços de saúde.

Foram encontradas várias limitações nas metodologias dos estudos selecionados, nomeadamente o tempo de seguimento dos reclusos limitado e a ausência de comparações entre reclusos e população geral, e momento de reclusão com pré-reclusão, dificultando a avaliação do acesso aos cuidados de saúde nas prisões. Contudo, esta revisão sistemática realça a importância de assegurar o acesso universal à saúde na população reclusa para garantir uma melhor saúde pública.

**Palavras-chave:** prisões, cuidados de saúde, determinantes, países de alto rendimento, revisão sistemática

## **Abstract**

The number of inmates has been increasing globally and, in order to guarantee a good reintegration into society, it is necessary to guarantee universal access to health services for this population. In addition, as the prison population is usually more vulnerable, it is more likely to suffer from certain health problems.

This study sought to systematize access to healthcare in prisons and its determinants in high-income countries. To this end, scientific articles published between 2018 and 2023 were selected from a database, resulting in 30 articles for review. The results of the articles were divided into the different categories of healthcare.

Effective strategies for treating certain conditions, like hepatitis C and opioid use disorder were synthesized, and it was also made comparisons with access to healthcare for the general population. Several determinants were identified, namely being from a superior age group, female, having more comorbidities, longer prison time and crimes considered more serious, act as facilitators of access to health services.

Several limitations were found in the methodologies of the selected studies, including the limited length of follow-up time of the inmates and the lack of comparisons between inmates and the general population, and the moment of incarceration with pre-incarceration, making it difficult to assess access to healthcare in prisons. However, this systematic review highlights the importance of ensuring universal access to health in the prison population to ensure better public health.

**Keyword:** prisons, healthcare, determinants, high-income countries, systematic review

# Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>1. Introdução</b> .....	3
1.1. Cuidados de Saúde nas Prisões .....	3
1.2. Problemas de Saúde nas Prisões .....	4
1.3. Prisões nos Países de Alto Rendimento .....	5
1.4. Objetivos .....	5
<b>2. Métodos</b> .....	6
2.1. Estratégia de pesquisa .....	6
2.2. Critérios de elegibilidade .....	6
2.3. Extração e seleção .....	7
<b>3. Resultados</b> .....	8
3.1. Cuidados de saúde primários e emergências .....	18
3.2. Doenças infecciosas .....	20
3.3. Transtorno do uso de opioides .....	21
3.4. Saúde pré-natal .....	22
3.5. Saúde mental .....	23
3.6. Saúde da mulher .....	24
3.7. Saúde oral .....	25
<b>4. Discussão</b> .....	26
<b>5. Conclusão</b> .....	30
<b>Referências</b> .....	31

## Lista de Abreviaturas

<b>DAAV</b>	Antivirais de ação direta
<b>DBS</b>	<i>Dried blood spots</i>
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>MOUD</b>	<i>Medication for opioid use disorder</i>
<b>OAT</b>	<i>Opioid agonist therapy</i>
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PRISMA</b>	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses</i>
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>VHC</b>	Vírus da Hepatite C
<b>VIH</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana

## Introdução

Atualmente, cerca de 11,5 milhões de pessoas em todo o mundo encontram-se encarceradas num estabelecimento prisional (1). Quase 25% dessa população são reclusos de países de alto rendimento. A população reclusa tem maior probabilidade de sofrer de problemas de saúde, tanto a nível físico como mental, seja antes, durante ou depois da reclusão. Isto deve-se principalmente à exclusão social, à instabilidade do meio prisional e ao facto de os reclusos estarem mais facilmente associados a comportamentos de risco do que a população geral (2). Muitos dos prisioneiros nem sabem que continuam a ter acesso aos cuidados de saúde. Para além disso, a falta de profissionais de saúde nestes meios e a elevada concentração de pessoas, normalmente mais vulneráveis e com várias comorbilidades, tornam as prisões um meio com maiores prevalências de determinadas doenças ou condições, quando comparado com a população geral (3).

Como *setting*, as prisões oferecem a oportunidade de investir na saúde da população reclusa, muitas vezes mais vulnerável e em desvantagem, abordando as iniquidades em saúde e exclusão social (4). Segundo a OMS, as prisões não só devem ser responsáveis por oferecer cuidados de saúde adequados, mas também programas de promoção e educação em saúde. De facto, a saúde é um direito universal que deve ser garantido aos grupos mais excluídos, como os reclusos. As prisões são um meio para chegar a grupos mais desfavoráveis que são considerados difíceis de aceder na sociedade geral, criando, assim, uma oportunidade de atuar nestes grupos. Simultaneamente, por vezes, são a única oportunidade para ser feita uma abordagem de modo a avaliar as necessidades de saúde dos reclusos que têm estilos de vida preocupantes antes de serem presos (5). Adicionalmente, tratar e apostar na saúde dos reclusos é também contribuir para uma melhor reabilitação após a sua saída da prisão. Boa saúde e bem-estar são cruciais para uma reabilitação e reinserção na sociedade de sucesso (6).

Apesar disto, não há qualquer referência ao meio prisional e à sua população nos ODSs (7), salientando cada vez mais as iniquidades existentes no acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais. Apostar em intervenções de saúde física, mas também mental e social nestes contextos poderia contribuir para 15 dos 17 ODSs estabelecidos (8). Mais especificamente, para alcançar a meta 3.8 dos ODSs “atingir a cobertura universal de saúde (...)” e garantir que os mais pobres e marginalizados, como pessoas em reclusão, tenham um acesso equitativo aos cuidados de saúde, são precisos esforços para assegurar que a cobertura destes serviços alcance os mais

necessitados (9). Torna-se, então, essencial a realização de estudos nestes *settings* para haver uma maior monitorização do acesso aos cuidados de saúde e se consiga tomar decisões acertadas e ajustadas às necessidades dos reclusos. Assim, surge a questão de investigação “Como é o acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais dos países de alto rendimento?”. Para tal, é apresentada uma revisão sistemática de literatura publicada nos últimos 5 anos que procura identificar e avaliar o acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais dos países de alto rendimento e os seus determinantes.

## 1. Introdução

### 1.1. Cuidados de Saúde nas Prisões

O direito à saúde está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1949, garantindo que “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar (...)”, incluindo pessoas em reclusão (10). Mais recentemente, em 2015, foram introduzidas as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos, mais conhecidas como Regras de Nelson Mandela, baseadas na obrigação de tratar todos os prisioneiros com respeito e dignidade, oferecendo aos membros da ONU guias sobre como proteger os direitos das pessoas privadas de liberdade (11). Em relação aos serviços médicos, estas dizem que a prestação destes nos estabelecimentos prisionais é da responsabilidade do Estado, acrescentando que “Os reclusos devem poder usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade e ter acesso gratuito aos serviços de saúde necessários, sem discriminação em razão da sua situação jurídica”.

A Regra 24 refere que “Os serviços médicos devem ser organizados em estreita ligação com a administração geral de saúde pública de forma a garantir a continuidade do tratamento e da assistência (...)”, sendo que a transição de cuidados de saúde deve acontecer em dois momentos: na entrada na prisão e, mais tarde, quando o recluso é reinserido na sociedade. Para tal, é preciso assegurar que os cuidados de saúde prestados durante a reclusão funcionam como uma parte dos cuidados e serviços de saúde da população geral (12). Segundo *Leaving no one behind in prison: the Helsinki conclusions*, de 2020, é necessário estabelecerem-se relações estruturais entre os serviços de saúde e os serviços sociais na prisão e na comunidade, para que as melhorias de saúde atingidas durante a reclusão sejam mantidas ao longo da vida, após libertação dos reclusos (9).

Para além dos estabelecimentos prisionais terem o dever de, segundo a Regra 25, “(...) ter um serviço de saúde incumbido de avaliar, promover, proteger e melhorar a saúde física e mental dos reclusos, prestando particular atenção aos reclusos com necessidades especiais ou problemas de saúde que dificultam sua reabilitação.” deviam também ser responsáveis por fornecer programas de educação em saúde e outros programas de intervenção de promoção da saúde que vão ao encontro das necessidades da população reclusa (13). As prisões são um ambiente muito peculiar que apresentam determinados desafios no que toca à promoção de saúde. Um dos desafios é o facto de ser um ambiente de trabalho para os funcionários e domicílio para

os reclusos, sendo que as disparidades entre estes dois grupos são muito diferentes. Contudo, um ambiente prisional promotor de saúde tem de envolver a saúde de todos, sejam funcionários ou reclusos. Outro desafio é a diferença do tempo de pena dos reclusos, que pode ir de semanas a vários anos, sendo importante a implementação de programas que incluam todos, independentemente do tempo que vão estar no estabelecimento prisional. Mais um problema comum a várias prisões é a sobrelotação das mesmas, o que dificulta um igual acesso a cuidados de saúde para todos (13) (14) (15). Uma prisão promotora de saúde deve ser instrumental no combate às iniquidades em saúde e na redução da exclusão social (16). Assim, as prisões podem oferecer acesso aos cuidados de saúde a grupos desfavorecidos que normalmente teriam dificuldades de acesso fora do contexto prisional, indo ao encontro das necessidades desta população (17).

## 1.2. Problemas de Saúde nas Prisões

Os principais problemas de saúde no contexto prisional são doenças comunicáveis, como infeção por VIH, hepatites B e C e tuberculose; e toxicodependência, destacados nas Regras de Mandela, mas também problemas de saúde do foro mental e oral; e doenças não comunicáveis, como hipertensão e diabetes, que têm aumentado a sua prevalência nos últimos anos nos estabelecimentos prisionais (18) (19). A prevalência de muitas destas problemáticas é geralmente maior nas prisões do que na população geral devido à sobre-representação no contexto prisional de alguns grupos de riscos para algumas doenças, como pessoas que injetam drogas, trabalhadores de sexo e emigrantes (20) (5).

Adicionalmente, verifica-se que os reclusos estão muitas vezes associados a vários comportamentos de risco, como o consumo de álcool e tabaco, o uso de drogas injetáveis e comportamentos sexuais não seguros (5). No que respeita ao uso de drogas, existe uma grande desproporção entre a população reclusa e a população geral, variando entre os 16% e os 79% de reclusos que já tinham consumido qualquer tipo de droga ilícita, fora ou dentro do estabelecimento prisional, com 9 países com percentagens superiores a 50%, 6 deles países de alto rendimento (21). Em relação ao álcool, muitos dos crimes estão associados direta ou indiretamente com o seu consumo, logo existe uma percentagem considerável de reclusos com problemas alcoólicos (22). Foi estimado que, internacionalmente, 18 a 30% dos reclusos do sexo masculino e 10 a 24% do sexo feminino têm problemas com álcool (23). Por fim, existe uma grande prevalência de fumadores na população reclusa, podendo variar entre 64 e 90%,

dependendo do país (24), sendo muito superior quando comparado com a população geral (22,3%) (25).

### 1.3. Prisões nos Países de Alto Rendimento

O número de reclusos tem vindo a aumentar globalmente, estimando-se que entre 20 e 25% da população reclusa seja de países de alto rendimento, o que corresponde a cerca de 2,5 milhões de reclusos (26). De acordo com o *World Prison Brief*, a taxa de encarceração média deste grupo de países é de 124 pessoas por cada 100 mil habitantes. Este valor varia entre 36 e 37 por cada 100 mil habitantes no Japão e Islândia, respetivamente, e 259 e 531 por cada 100 mil habitantes no Chile e EUA, respetivamente. Adicionalmente, a taxa de ocupação média dos estabelecimentos prisionais dos países de alto rendimento é 93,9%. Mais uma vez, estes valores variam entre os diferentes países, sendo mais baixo no Japão (56,6%) e Estónia (66,5%) e mais alto na Bélgica (116,1%) e Austrália (112,2%) (26).

O perfil da população prisional deste grupo de países mostra que reclusos do sexo feminino representam 6% e reclusos de nacionalidade estrangeira cerca de 25% do total de reclusos. Os valores da população reclusa do sexo feminino são mais baixos em Israel (1,0%) e no Reino Unido (4,1%) e mais altos nos EUA (10,2%) e Chéquia (8,7%). Já a população de reclusos estrangeiros varia entre 2,1% e 2,6% na Eslováquia e Polónia, respetivamente, e 73,7% e 59,9% em Luxemburgo e Grécia, respetivamente (26).

### 1.4. Objetivos

Apesar de estar estabelecido que melhorar a saúde da população prisional é uma oportunidade para melhorar também a saúde da população geral, poucos estudos procuraram sistematizar o acesso aos serviços de saúde nas prisões. Considerando a importância de garantir o acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais para também assegurar uma boa saúde pública, contribuindo, simultaneamente, para o cumprimento de vários ODSs, os objetivos desta revisão sistemática são identificar, avaliar e sistematizar o acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais de países de alto rendimento. Ademais, procurou-se também identificar possíveis determinantes do acesso aos serviços de saúde durante o período de reclusão.

## 2. Métodos

### 2.1. Estratégia de pesquisa

A revisão sistemática foi conduzida de acordo com as diretrizes PRISMA (27). Nesta revisão sistemática foi utilizada a base de dados *PubMed*, com pesquisa feita a 28 de abril de 2023. A pesquisa foi focada em artigos revistos pela comunidade científica, não incluindo literatura cinzenta, e foi limitada de janeiro de 2018 a abril de 2023. A estratégia de pesquisa foi construída em volta de construtos sobrepostos de acesso, cuidados de saúde, encarceramento e determinantes, com cada grupo de termos limitado ao assunto, título e resumo dos artigos. A estratégia de pesquisa feita na *PubMed* foi, então, a seguinte: ((*Access*) OR (*barriers*)) AND ((*healthcare*) OR (*health services*)) AND ((*inmates*) OR (*prison\**) OR (*incarcerated*) OR (*jail*) OR (*correctional*)) AND ((*determinants*) OR (*factors*) OR (*drivers*)).

### 2.2. Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão e exclusão foram definidos para posterior processo de seleção de artigos a incluir na revisão sistemática. Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- a. Artigos publicados entre 2018 e 2023;
- b. Artigos escritos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola;
- c. Artigos de países de alto rendimento, segundo a classificação da OCDE (Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chéquia, Chile, Coreia do Sul, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, EUA, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Itália, Irlanda, Islândia, Israel, Japão, Luxemburgo, Noruega, Nova Zelândia, Países Baixos, Polónia, Portugal, Reino unido, Suécia, Suíça);
- d. Artigos publicados em revistas científicas indexadas na *Web of Science*;
- e. Estudos com análise quantitativa.

Já os critérios de exclusão definidos foram:

- a. Artigos cuja língua não é inglês, português ou espanhol;
- b. Artigos publicados antes de 2018;
- c. Artigos de países de médio ou baixo rendimento;
- d. Artigos de opinião, editoriais, literatura cinzenta como teses, relatórios, etc.;
- e. Outras revisões sistemáticas ou artigos de revisão;
- f. Estudos com análise qualitativa;
- g. Artigos cuja amostras eram de menores de idade em centros de detenção;

- h. Artigos cujo foco era apenas o acesso aos cuidados de saúde já em momento de reinserção na sociedade, após a reclusão.

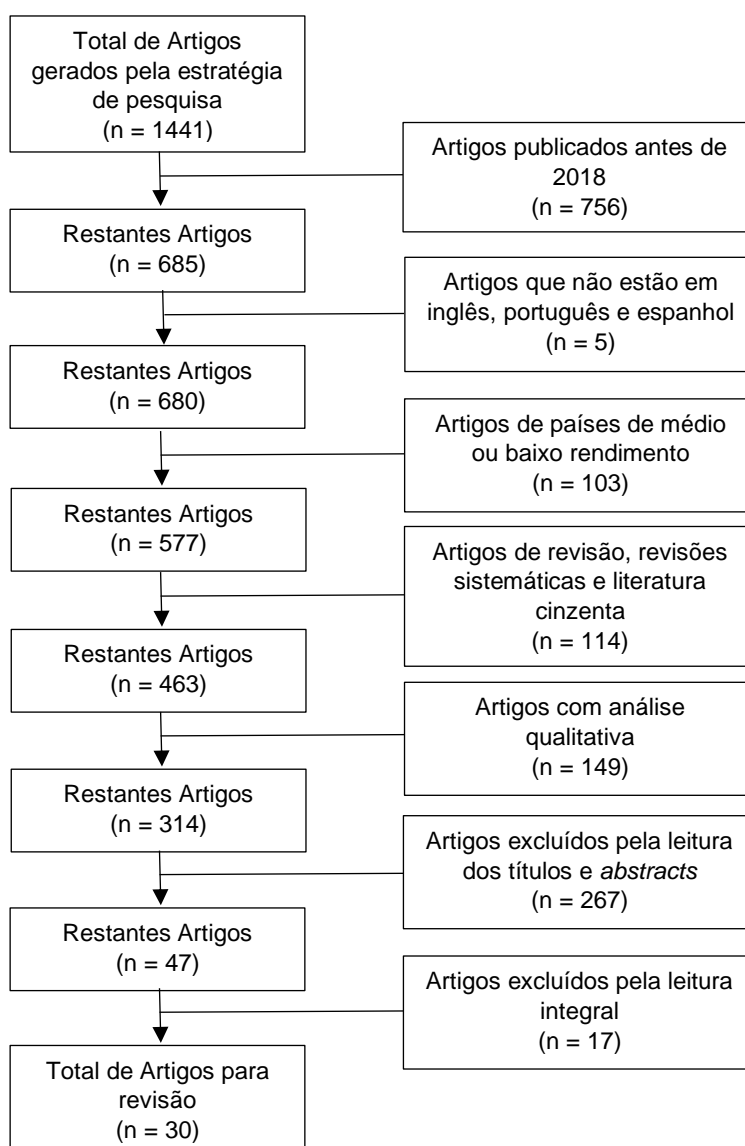
### 2.3. Extração e seleção

O processo de seleção começou por filtrar e selecionar artigos escritos na língua inglesa, portuguesa e espanhola e publicados entre 2018 e 2023 diretamente na plataforma da *PubMed*. Todas as citações resultantes da estratégia de pesquisa com estes filtros aplicados foram extraídas para uma biblioteca do *Endnote* para identificar e remover duplicados. Posteriormente, foi feita uma seleção através da leitura dos títulos/abstracts dos artigos que verificavam todos os critérios de inclusão e, de seguida, foram eliminados os artigos que cumpriam pelo menos um dos critérios de exclusão.

Com a leitura integral dos dados dos artigos elegíveis foram extraídos os seguintes dados de cada artigo, que formam os critérios de extração da revisão sistemática: país de origem do artigo; ano(s) do estudo; tamanho da amostra; o local de recolha (um ou vários estabelecimentos prisionais; prisões do país todo ou de uma localidade específica); o desenho de estudo; principais resultados relativamente ao acesso aos cuidados de saúde e os seus determinantes. Por fim, os artigos foram categorizados em diferentes categorias: doenças infecciosas, transtorno do uso de opioides, saúde pré-natal, saúde oral, saúde mental, saúde da mulher e cuidados primários e emergências.

### 3. Resultados

A estratégia de pesquisa gerou um total de 1441 artigos. Destes foram inicialmente selecionados os artigos publicados a partir de janeiro de 2018 até ao momento da pesquisa e os artigos escritos nas línguas já mencionadas, restando 680 artigos. Após aplicados os critérios de exclusão que ditaram que a exclusão dos artigos de países de médio ou baixo rendimento, estudos com análise qualitativa e revisões sistemáticas, artigos de revisão e literatura cinzenta, restaram um total de 314 artigos. Feita a leitura do título e/ou *abstracts* ficaram 47 artigos para leitura integral. Deste modo, obteve-se um total de 30 artigos para análise para revisão sistemática (Figura 1).



**Figura 1.** Seleção da literatura para revisão

As características de cada estudo estão representadas na Tabela 1. Dos 30 artigos revistos, 11 deles são dos EUA (28)-(38), 9 do Canadá (39)-(47), 4 do Reino Unido (48)-(51), 3 da Austrália (52)-(54), 1 da Suíça (55), 1 de Portugal (56) e 1 de Itália (57). Os

**Tabela 1.** Tabela resumo dos artigos selecionados para revisão sistemática

Título	Autor (ano)	País	Período de estudo	Amostra	Desenho do estudo	Categoria	Resultados
1. <i>Evaluation of Immunologic and Virologic Function in Reincarcerated Patients Living With HIV or AIDS</i> (28)	Badowski ME et al. (2022)	EUA	2010-2014	167 reclusos do estado de Illinois	Longitudinal retrospectivo	Doenças infecciosas	Sendo que todos os indivíduos da amostra (167 reclusos libertados e reencarcerados entre 2010 e 2014) eram infetados por HIV, 73% (122/167) dos pacientes atingiram supressão virológica antes de serem libertados, durante a reclusão. 55% tinham o vírus suprimido após reentrada na prisão.
2. <i>United States county jail treatment and care of pregnant incarcerated persons with opioid use disorder</i> (29)	Benck KN et al. (2023)	EUA	2018-2019	371 prisões de 42 estados	Transversal	Transtorno do uso de opioides, saúde pré-natal	61% das prisões oferece testes de gravidez à entrada, mas cerca de metade baseia-se no autorrelato. São oferecidas mais opções de acesso a MOUD a reclusas grávidas (64%) do que a reclusas não grávidas (36%). Reclusas grávidas eram mais prováveis de ter acesso a MOUD em casos de continuidade e não de começo de desintoxicação durante a gravidez. O MOUD mais comum é a metadona tanto em pessoas grávidas como não grávidas, mas 33% das prisões não ofereciam este medicamento durante a gravidez e 55% das prisões não ofereciam a pessoas não grávidas. Determinantes: localização e dimensão da prisão. Prisões localizadas em áreas mais urbanas e de maiores dimensões têm maior tendência a oferecer MOUD.
3. <i>Effectiveness of a Kansas City, Jail-Based Intervention to Improve Cervical Health Literacy and Screening, One-Year Post-Intervention</i> (30)	Emerson AM et al. (2020)	EUA	2015-2017	182 reclusas de 3 prisões de Kansas	Transversal	Saúde da mulher	Após 1 ano de intervenção do programa de intervenção de melhoria da literacia de saúde cervical e rastreio atualizado, a taxa de teste papanicolau atualizado (teste feito nos últimos 3 anos) subiu de 72,2% para 82% (n=109). Determinantes: idade. As probabilidades de rastreio atualizado diminuam 5% por cada ano acrescentado à idade das reclusas.
4. <i>Community-based service requests and utilization among pregnant women incarcerated in jail</i> (31)	Kelsey CM et al. (2020)	EUA	2012-2016	241 reclusas grávidas de 1 prisão	Transversal	Saúde pré-natal, cuidados de saúde primários e emergências	Mais de 90% (n=223) das mulheres solicitaram informação adicional e referência a pelo menos um dos serviços de saúde durante a sua reclusão. 167 (69,3%) reclusas solicitaram a utilização dos serviços de cuidados de saúde e 58 (24,1%) dos cuidados de saúde mental. Determinantes: idade, etnia, consumo de substâncias ilícitas, níveis de educação.

						, saúde mental	Ter menos de 21 anos está associado com menos requisições dos serviços enquanto ter um diagnóstico para tais transtornos está associado com mais pedidos. Em relação aos cuidados de saúde mental, mulheres com menos que 21 anos e de raça negra solicitaram significativamente menos serviços. Níveis de educação inferiores ao ensino secundário estão também associados a menos pedidos de utilização. Já mulheres diagnosticadas com algum transtorno psicológico; que consumiram drogas nos últimos 2 anos, nos 3 meses pré-gravidez, ou no momento de concepção; que usaram metadona nos últimos 6 meses ou que eram sem-abrigo nos últimos 12 meses solicitaram significativamente mais deste tipo de serviços.
5. <i>Medications for opioid use disorder during pregnancy: Access and continuity in a state women's prison facility, 2016-2019</i> (32)	Knittel AK <i>et al.</i> (2023)	EUA	2016-2019	279 reclusas de 1 prisão	Coorte retrospectiva	Transtorno do uso de opioides, saúde pré-natal	As reclusas foram seguidas durante o período de gravidez ou até serem libertadas. 112 participantes (40,1%) receberam MOUD durante o seu período de reclusão, das 279 grávidas com transtorno do uso de opioides. Reclusas durante o primeiro e terceiro semestre de gravidez eram menos prováveis de ter acesso a MOUD do que reclusas no segundo semestre. Participantes com acesso a MOUD antes da reclusão eram significativamente mais prováveis de receber MOUD durante a reclusão.
6. <i>Emergency medical care of incarcerated patients: Opportunities for improvement and cost savings</i> (33)	Martin RA <i>et al.</i> (2020)	EUA	2012-2014	574 reclusos de prisões de Tennessee	Coorte retrospectiva	Cuidados de saúde primários e emergências	574 reclusos reportaram uma barreira para o atendimento médico em 5,4% dos atendimentos de emergência relacionados com queixas médicas/psicológicas e 2,9% dos casos relacionados com queixas de trauma. Dentro do primeiro grupo, 69,7% relataram ter falta de acesso a medicamentos prescritos. No segundo grupo, todos os pacientes exceto um, relataram atrasos na resposta dos cuidados de saúde como uma barreira que contribuiu para a sua ida às emergências.
7. <i>Availability of Health Care Services and Medications for Opioid Use</i>	Neill-Gubitz H <i>et al.</i> (2022)	EUA	2019	122 prisões de Washington, Oregon e Idaho	Transversal	Transtorno do uso de opioides	100% das <i>prisons</i> e 70,4% das <i>jails</i> oferecem serviços de saúde <sup>1</sup> . 27,2% das prisões do segundo grupo e 70% do primeiro grupo reportaram ter cuidados médicos ou de enfermagem diariamente, a todas as horas.

<sup>1</sup> O termo *jails* refere-se a estabelecimentos para manter os indivíduos por curtos espaços de tempo, por exemplo, pessoas em prisão preventiva à espera de julgamento, ou para pessoas com penas até 1 ano. O termo *prisons* refere-se aos estabelecimentos onde se cumprem penas efetivas superiores a 1 ano.

<i>Disorder in Carceral Facilities in Washington, Oregon, and Idaho</i> (34)							Relativamente ao acesso a MOUD, no total 106 (86,9%) dos estabelecimentos prisionais disseram fornecer tratamentos tanto para o consumo de drogas como para o consumo de álcool. Apenas 25% dos estabelecimentos oferece terapia com MOUD sem qualquer condição, 8,2% apenas oferece aos reclusos que têm uma prescrição ativa e 59% dos estabelecimentos não oferece qualquer tipo de MOUD.
8. <i>Criminal Justice Contact and Health Service Utilization among Women across Health Care Settings: Analyzing the Role of Arrest</i> (35)	Nowotny KM et al. (2019)	EUA	2010-2014	93 873 mulheres - 2223 reclusas de prisões de todo o país	Transversal	Cuidados de saúde primários e emergências	Mulheres recentemente encarceradas eram mais prováveis de ser hospitalizadas durante a noite (20,5% vs. 12,3%) ou de usar as emergências (56,7% vs. 30,1%) do que mulheres encarceradas há mais tempo, nos 12 meses anteriores à realização do questionário. Determinantes: tipo de crime, tempo de reclusão. Uma reclusão mais recente ou crimes considerados mais graves pela justiça estavam associados a um maior risco de usar as urgências. As mulheres recentemente encarceradas reportaram ter mais dificuldades ao aceder e usar os cuidados de saúde. Reclusas mais recentes reportavam mais vezes níveis de saúde pobres, mas tinham menos doenças não comunicáveis. Adicionalmente, este grupo de reclusas tinham 11,90 e 13,47 vezes mais probabilidades de ter transtornos relacionados com uso de substâncias e de injetar drogas, respetivamente, do que reclusas nos estabelecimentos há mais tempo.
9. <i>Health Information Seeking and Mental Health Support Utilization Among Individuals in U.S. Prisons</i> (36)	Nwakasi C et al. (2022)	EUA	2014	1546 reclusos de 98 prisões de todo o país	Transversal	Saúde mental	Determinantes: sexo, idade Dos 1546 reclusos inqueridos, as taxas de participação nos grupos de apoio de saúde mental foram de 31,26% para indivíduos do género feminino e de 13,34% para indivíduos do género masculino, durante a vigente reclusão no momento do questionário. Tanto reclusas do género feminino e de um grupo etário superior mostraram maior tendência para procurar informações de saúde.
10. <i>Availability of Medications for the Treatment of Opioid Use Disorder Among</i>	Sufrin C et al. (2022)	EUA	2019	836 Prisões de todo o país	Transversal	Transtorno do uso de opioides, saúde pré-natal	Das 836 prisões inqueridas, 504 (60,3%) declararam dar continuidade a MOUD durante a gravidez. Um total de 267 prisões tanto iniciava como continuavam o tratamento e 237 davam continuidade, mas não iniciavam a terapia durante a gravidez. 190 (22,7%) prisões reportaram que faziam o

<i>Pregnant and Postpartum Individuals in US Jails (37)</i>							controle de OUD apenas através da abstinência de opioides. As prisões que forneciam apenas metadona eram mais propensas a continuar com a medicação (84 de 123 prisões) do que iniciar e continuar a mesma (39 de 123 prisões). Em contraste, prisões que só oferecessem buprenorfina eram mais propensas a iniciar e continuar a medicação (73 de 119 prisões) do que continuar (46 de 119 prisões). No total, 262 prisões forneciam o acesso tanto a metadona como a buprenorfina durante a gravidez. Apenas 120 dos estabelecimentos prisionais (23,8%) disponibilizam a continuidade de MOUD pós-parto e, apesar de a maioria das prisões (75,7%) oferecer medicamentos para o alívio de sintomas durante a abstinência, ainda 28 prisões não o fazem.
11. <i>Changes in the availability of medications for opioid use disorder in prisons and jails in the United States during the COVID-19 pandemic (38)</i>	Dadiomov D <i>et al.</i> (2022)	EUA	2018-2020	Todas as prisões do país	Longitudinal	Transtorno do uso de opioides	A disponibilidade de MOUD nos estabelecimentos prisionais aumentou em 471,3% entre janeiro de 2018 e outubro de 2020.
12. <i>Rates of opioid agonist treatment prescribing in provincial prisons in Ontario, Canada, 2015-2018: a repeated cross-sectional analysis (39)</i>	Bodkin C <i>et al.</i> (2021)	Canadá	2015-2018	7140 a 8122 reclusos de 26 prisões de Ontario	Longitudinal	Transtorno do uso de opioides	A prevalência de prescrição de OAT aumentou 1,7 vezes por ano, comparado com o aumento de 1,2 vezes na população geral, entre 2015 e 2018. Este aumento pode estar associado com o aumento da necessidade ao longo do tempo com o aumento das visitas às emergências e mortalidade associadas ao uso de opioides em Ontário entre 2015 e 2018. A prevalência total de pessoas a realizar tratamento com metadona variou entre os 6,9% e os 8,4%, com buprenorfina ou naloxona variou entre os 0,8% e os 4,8% e tratamento com qualquer um destes medicamentos entre 8,2% e 13,2%.
13. <i>Utilization of opioid agonist therapy among incarcerated</i>	Bozinoff N <i>et al.</i> (2018)	Canadá	2005-2016	597 reclusos (1251 observação)	Coorte prospectiva	Transtorno do uso de opioides	207 reclusos (34,7%), dos 597 que consomem drogas, reportaram o uso de OAT durante a sua reclusão dos 597 reclusos que consomem drogas. Apenas 325 observações (26%) incluíram um reporte de uso de OAT. Destas, 90,8%

<i>persons with opioid use disorder in Vancouver, Canada</i> (40)				es) de prisões de Vancouver			corresponderam a continuações no tratamento e apenas 30 (9,52%) foram novas admissões ao tratamento. Os que deram continuidade ao OAT, a média de dias de espera foi de 2 dias, enquanto os que deram início ao tratamento na prisão a espera era de 2-3 dias.
14. <i>Quality of Antenatal Care for Women Who Experience Imprisonment in Ontario, Canada</i> (41)	Ramirez AC et al. (2020)	Canadá	2005-2015	1 311 832 gestações das prisões e população geral de Ontário	Coorte retrospectiva	Saúde pré-natal	Mulheres que experienciam reclusão são menos prováveis de receber cuidados pré-natal em todos os indicadores estudados do que as mulheres da população geral. Em gestações nas prisões, 193 mulheres (30,8% vs. 79,9% na pop. geral) receberam uma visita no primeiro trimestre, 272 (48,4% vs. 85,1% na pop. geral) tiveram 8 ou mais visitas durante a gravidez, 209 (34,6% vs. 55,3% na pop. geral) realizaram ecografia durante as 7 e 12 semanas e 320 mulheres (52,3% vs. 83,4% na pop. geral) ecografia durante as 18 e as 22 semanas.
15. <i>Cervical Cancer Screening Access for Women Who Experience Imprisonment in Ontario, Canada</i> (42)	Kouyoumdjian FC et al. (2018)	Canadá	2006-2013	4553 reclusas e 3 647 936 população geral de Ontário	Coorte retrospectiva	Saúde da mulher	As mulheres elegíveis para o rastreio no grupo prisional (36,2%) tinham maior probabilidade de atraso no rastreio do cancro do colo do útero em comparação com as mulheres elegíveis da população geral (21,9%).
16. <i>Primary care utilization in people who experience imprisonment in Ontario, Canada: a retrospective cohort study</i> (43)	Kouyoumdjian FC et al. (2018)	Canadá	2005-2015	48 861 reclusos de prisões de Ontário	Coorte retrospectiva	Cuidados de saúde primários e emergências	A taxa de utilização dos cuidados de saúde foi maior na população reclusa do que na população geral, incluindo cuidados de saúde primários, entre 2005 e 2015 A diferença manteve-se significativa quando ajustada para a comorbidade dos dois grupos de população.
17. <i>Disparities in hepatitis C care across Canadian provincial prisons: Implications for hepatitis C micro-elimination</i> (44)	Kronfli N et al. (2021)	Canadá	2020	59 Prisões de todo o país	Transversal	Doenças infecciosas	A oferta de rastreio e tratamento de VHC é mais comum em prisões onde os serviços de saúde eram responsabilidade do Ministério da Saúde do que em prisões cuja essa responsabilidade era do Ministério da Justiça. 66% das prisões referenciam os casos diagnosticados de infecção por VHC à entrada para avaliação. Apenas 46% das prisões reportou oferecer cuidados de saúde para infecção por VHC com o seu médico <i>on-site</i> . Terapia OAT está disponível na maioria das prisões (83%), mas apenas pouco mais de metade (59%) dá início a terapia de OAT a indivíduos recém-admitidos.

							Nenhuma prisão canadiana oferece programa de troca de seringas.
18. <i>Prevalence of Mental Health and Addiction Service use Prior to and During Incarceration in Provincial Jails in Ontario, Canada: A Retrospective Cohort Study</i> (45)	Kurdyak P et al. (2022)	Canadá	2010	49 917 reclusos de prisões de Ontário	Coorte retrospectiva	Saúde mental	Determinantes: sexo, rendimentos, tempo de reclusão. Pessoas do género feminino foram sobre representadas em hospitalizações relacionadas com saúde mental (21,4%), em visitas às emergências (18%) relativamente à não utilização serviços (7,5%). Os indivíduos com rendimentos mais baixos foram ligeiramente mais representados do que os restantes no uso de serviços de saúde mental. A proporção de indivíduos que tiveram hospitalizações psiquiátricas, atendimentos de emergência e consultas ambulatoriais relacionadas com saúde mental durante a reclusão aumentou com o aumento da duração do período de reclusão.
19. <i>Mental health treatment patterns following screening at intake to prison</i> (46)	Martin MS et al. (2018)	Canadá	2014-2015	7965 reclusos de prisões de todo o país	Longitudinal	Saúde mental	Durante os 14 meses de seguimento, 43,3% dos reclusos receberam qualquer tipo de tratamento. O risco de automutilação estava associado com uma maior utilização dos serviços, particularmente entre os reclusos que não tinham historial recente de problemas de saúde mental. Entre 66% e 75% dos que receberam tratamento tiveram o seu primeiro contacto com um profissional de saúde mental nos primeiros 50 dias, sendo que os restantes reclusos só tiveram esse contacto mais tarde na sua reclusão.
20. <i>Recent Incarceration as a Primary Barrier to Virologic Suppression Among Women Living with HIV: Results from a Longitudinal Community-Based Cohort in a Canadian Setting</i> (47)	Erickson M et al. (2020)	Canadá	2010-2017	292 reclusas de uma prisão	Coorte prospetiva	Doenças infecciosas	Entre indivíduos que estiveram em reclusão em algum momento do estudo (n=50; 17%), 8% estavam com o vírus suprimido durante todo o estudo e 26% estavam com o vírus ativo durante a duração do estudo. Encarceração recente estava associada a uma redução da probabilidade de supressão virológica e a menores níveis de adesão a terapia antirretroviral.

21. <i>Testing for hepatitis C virus infection in UK prisons: What actually happens?</i> (48)	Jack K <i>et al.</i> (2019)	Reino Unido	2014-2017	5412 testes em 14 prisões	Longitudinal	Doenças infecciosas	Nos 12 meses anteriores à adoção da política de rastreio <i>opt-out</i> <sup>2</sup> foram realizados 1972 testes e nos 12 meses pós-mudança foram realizados 3440 testes. As taxas de rastreio para VHC aumentaram com a mudança de política de testes para <i>opt-out</i> em 10 estabelecimentos prisionais e diminuiu em 4 deles. O intervalo da mudança de testes feitos variou entre -52 e 533.
22. <i>Time matters: Point of care screening and streamlined linkage to care dramatically improves hepatitis C treatment uptake in prisoners in England</i> (49)	Mohamed Z <i>et al.</i> (2020)	Reino Unido	2017-2018	2442 reclusos de 1 prisão em Londres	Transversal	Doenças infecciosas	Os reclusos associados à técnica de rastreio com DBS <sup>3</sup> tiveram um tempo de permanência mais longo na prisão em comparação com os reclusos no grupo de rastreio no momento de atendimento. Levou em média 36 dias para os reclusos associados ao primeiro grupo iniciarem tratamento a partir de uma avaliação clínica, ao contrário dos reclusos do segundo grupo que em média apenas levou um dia de espera para início de tratamento.
23. <i>Non-cancer pain clinic in three English prisons: understanding prisoner needs and prescribing practice in relation to chronic non-cancer pain (CNCP)</i> (50)	Sondhi A <i>et al.</i> (2018)	Reino Unido	2013-2015	58 reclusos de 3 prisões	Transversal	Cuidados de saúde primários e emergências, saúde mental	Determinantes: sexo Pacientes do gênero feminino eram mais propensos a serem encaminhados para consultas externas assim como serem encaminhados para serviços de saúde mental.
24. <i>Factors Associated with Accessing Prison Dental Services in Scotland: A Cross-Sectional Study</i> (51)	Freeman R <i>et al.</i> (2019)	Reino Unido	2011	342 reclusos de 3 prisões	Transversal	Saúde oral	118 participantes (46%) reportaram que tinham visitado o dentista da prisão durante as suas sentenças. Destes, 55% disseram que apenas foi em emergências e 33% reportaram que foi para tratamentos de rotina. Os reclusos que não acederam a estes serviços reportaram que as barreiras foram a dificuldade em marcar a consulta (61%), consultas dentárias não frequentes (48%), e problemas ao obter (10%) e completar (3%) os formulários da prisão.

<sup>2</sup> A estratégia de teste *opt-out*, também conhecida como rastreio universal, é definida como a condução de um teste para determinada infeção depois de notificar o paciente que o teste vai ser realizado e o mesmo pode recusar, devendo a recusa ficar registada.

<sup>3</sup> DBS é a técnica de colheita de amostras de sangue através da difusão deste em papel de filtro próprio, seguido de uma fase de secagem.

							Os reclusos que não têm acesso aos cuidados de saúde oral estão associados a uma pior qualidade de saúde oral, como perda de dentes (61%).
25. <i>Comparing health status, disability, and access to care in older and younger inmates in the New South Wales corrections system</i> (52)	Field C <i>et al.</i> (2019)	Austrália	2014	1131 reclusos de 32 prisões de New South Wales	Transversal	Cuidados de saúde primários e emergências	Determinantes: idade Cerca de metade (50,4%) dos reclusos de mais idade visitaram a clínica da prisão na semana anterior ao questionário comparado com os 36,4% dos reclusos mais jovens que o fizeram. Uma proporção mais baixa de reclusos mais velhos (21,3%) descreveu o seu estado de saúde como “bom” ou “muito bom” comparado com os reclusos mais novos (30,4%). O contrário também se verificou, visto que apenas 7,5% dos reclusos mais novos reportou ter um estado de saúde “pobre”, comparados com os 19,7% dos reclusos de mais idade.
26. <i>Know Your Epidemic: Are Prisons a Potential Barrier to TB Elimination in an Australian Context?</i> (53)	Moyo N <i>et al.</i> (2018)	Austrália	2003-2017	116 reclusos de prisões de Victoria	Transversal	Doenças infecciosas	7 pessoas foram diagnosticadas com TB enquanto na prisão e completaram o seu tratamento durante a reclusão. A maioria dos reclusos que estavam a receber tratamento para a TB tinham menos de 30 anos (65,4%) e nasceram em países do continente africano (61,5%). Não se verificou uma diferença significativa no sucesso do tratamento para a TB entre pacientes encarcerados e pacientes da população geral.
27. <i>Outcomes of treatment for hepatitis C in prisoners using a nurse-led, statewide model of care</i> (54)	Papaluca T <i>et al.</i> (2019)	Austrália	2015-2016	416 reclusos de 14 prisões de Victoria	Transversal	Doenças infecciosas	Com este modelo descentralizado, apenas 18% dos reclusos necessitaram de consulta especializada. Este modelo de permitiu 16 novos tratamentos semanais.
28. <i>Healthcare in a pure gatekeeping system: utilization of primary, mental and emergency care in the prison population over time</i> (55)	Spycher J <i>et al.</i> (2021)	Suiça	2013-2017	5208 reclusos de 4 prisões	Longitudinal	Cuidados de saúde primários, saúde mental	Ocorreram, em média, 2,4 consultas médicas, 3,5 consultas de saúde mental e 12,4 visitas à enfermagem por cada ano prisão para cada recluso. Quase uma em cada 5 estadias anuais requerem cuidados de emergência. Determinantes: idade, sexo, nacionalidade, estado de saúde, tipo de crime. Reclusos do género feminino apresentaram taxas significativamente mais altas de consultas de enfermagem, cuidados mentais e uso de emergências. A frequência de consultas de medicina geral aumenta com a idade, mas as admissões nas urgências são menores em

							<p>relação ao grupo etário mais jovem, dos 18 aos 25 anos. O uso de cuidados de saúde mentais é superior em mulheres mais jovens.</p> <p>Os reclusos com origem africano, da Europa de leste e dos estados unidos utilizam significativamente mais os cuidados de saúde mentais, de enfermagem e as urgências, enquanto os reclusos do norte de África têm maior utilização de consultas de medicina geral.</p> <p>Condições crónicas de saúde estão associadas a uma maior utilização de consultas de medicina geral e de enfermagem. Adicionalmente, apenas as doenças infecciosas e endócrinas é que estão associadas ao aumento da taxa dos cuidados de saúde mental. A toxicod dependência está associada a um maior uso dos cuidados de saúde primários e de emergência. Um aumento no número de comorbidades está associado a taxas significativamente mais altas de consultas de clínica geral e enfermagem.</p> <p>Maior tempo de reclusão está associado a um aumento na taxa de utilização de consultas de medicina geral, enfermagem e urgências.</p> <p>Reclusos que cometeram crimes sexuais têm taxas mais elevadas de cuidados de saúde mental.</p>
29. <i>HIPPOCRATES<sup>®</sup> project: A proof of concept of a collaborative program for hepatitis C virus micro-elimination in a prison setting (56)</i>	Gaspar R et al. (2020)	Portugal	2017-2020	2451 reclusos de prisão do Porto	Longitudinal prospetivo	Doenças infecciosas	108 (4,4%) reclusos testaram positivo para VHC. 68,3% destes pacientes só obteve o diagnóstico de infeção para VHC na prisão. 98 (90,1%) pacientes começaram tratamento para a infeção e todos estes completaram-no, alcançando 100% de aderência. Após 12 semanas do final do tratamento, 99% dos pacientes não tinham carga viral detetável e não se verificou nenhum caso de reinfeção.
30. <i>Hepatitis C virus infection in jail: Difficult-to-reach, not to-treat. Results of a point-of-care screening and treatment program (57)</i>	Masarone M et al. (2020)	Itália	2018	670 reclusos de prisões de Salerno	Longitudinal prospetivo	Doenças infecciosas	Antes do estudo, 46,76% dos reclusos já tinham sido testados para infeção por VHC. Dos 458 reclusos que voltaram a ser testados com este estudo, 58 (12,67%) testaram positivo para anticorpos VHC e, destes, 46 testaram positivo para VHC-RNA. Todos estes 46 (100%) pacientes começaram tratamento com DAAVs e todos terminaram o tratamento.

estudos foram conduzidos entre 2005 e 2020 e as amostras podem ser de população reclusa, população geral ou de estabelecimentos prisionais. Dos 30 estudos incluídos, 5 tinham como amostra as próprias prisões (29) (34) (35) (38) (44). Os restantes 25 artigos tinham a população reclusa como amostra, sendo que 3 destes estudos também tinham uma amostra da população geral com o objetivo de comparar o acesso das duas populações (35) (41) (42). Existe uma variedade de desenhos de estudos nos artigos selecionados, incluindo 14 estudos transversais, 16 longitudinais com 6 coortes retrospectivas e 2 coortes prospetivas.

Quando organizados pelas categorias definidas temos a seguinte distribuição: 9 artigos na categoria das doenças infecciosas (28) (44) (47)-(49) (53) (54) (56) (57), 7 de transtorno do uso de opioides (29) (32) (34) (37)-(40), 7 em cuidados de saúde primários e emergências (31) (33) (35) (43) (50) (52) (55), 5 em saúde pré-natal (29) (31) (32) (37) (41), 5 em saúde mental (31) (36) (45) (46) (55), 2 em saúde da mulher (30) (42) e 1 artigo em saúde oral (51).

### 3.1. Cuidados de saúde primários e emergências

Entre 2005 e 2015, nas prisões de Ontário, a taxa de utilização dos cuidados de saúde foi maior nos mais de 48 mil reclusos da amostra do estudo do que na população geral, mesmo quando ajustada às comorbidades dos dois grupos (43). Já nas 4 prisões suíças estudadas entre 2013 e 2017, ocorreram, em média, 2,4 consultas médicas por cada ano na prisão para cada recluso. Os cuidados de enfermagem foram os mais frequentes com 12,4 visitas anuais, em média. Ainda se verificou que quase uma em cada 5 estadias anuais requerem cuidados de emergência (55).

Das 122 prisões dos EUA estudadas em 2019, todas as *prisons* reportaram oferecer serviços de cuidados de saúde, enquanto apenas 70,4% das *jails* o fizeram. Menos *jails* (27,2%) relataram ter cuidados médicos ou de enfermagem todos os dias, 24 horas por dia, do que *prisons* (70%) (34). Ainda nos EUA, 574 reclusos do Tennessee, reportaram uma barreira para o atendimento médico em 5,4% dos atendimentos de emergência relacionados com queixas médicas/psicológicas e 2,9% dos casos relacionados com queixas de trauma. Dentro do primeiro grupo, 69,7% relataram ter falta de acesso a medicamentos prescritos. No segundo grupo, todos os pacientes exceto um, relataram atrasos na resposta dos cuidados de saúde como uma barreira que contribui para a sua ida às emergências (33).

Vários determinantes do acesso a este tipo de cuidados foram identificados pelos diversos estudos. Diferentes estudos identificaram a idade como um desses determinantes, verificando que a frequência de consultas aumenta com a idade (31) (52) (55). De facto, em 32 prisões da Austrália, cerca de metade (50,4%) dos reclusos de mais idade visitaram a clínica do estabelecimento correcional na semana anterior ao questionário, comparado com os 36,4% dos reclusos mais jovens que o fizeram (52). Já as admissões nas urgências nas prisões suíças são maiores no grupo etário mais jovem, dos 18 aos 25 anos (55).

Na Suíça, reclusos do sexo feminino apresentaram taxas significativamente mais altas de consultas de enfermagem e uso de emergências. No Reino Unido também se verificou que as reclusas eram mais propensas de serem encaminhadas para consultas externas (50). Adicionalmente, reclusos mais recentes e pessoas presas mais do que uma vez estão associados a um aumento na taxa de utilização de consultas de medicina geral, enfermagem e urgências (55). Contudo, nos EUA, verificou-se que as reclusas recentemente encarceradas, apesar de estarem associadas a um maior risco de usar as urgências, tinham mais dificuldades em aceder e usar os cuidados de saúde (35).

Ter algum tipo de transtorno psicológico, nomeadamente toxicod dependência, também pareceu associado a uma maior utilização dos serviços de saúde, tanto cuidados de saúde primários como urgências (31) (33) (55). Em relação ao tipo de crime cometido como determinante ao acesso dos cuidados, crimes considerados mais graves pela justiça estavam associados a um maior risco de recorrer às urgências (35).

Na Suíça foram ainda estudados outros determinantes (55). Os reclusos com origem africana, da Europa de leste e dos EUA utilizam significativamente mais os cuidados de enfermagem e as urgências, enquanto os reclusos do norte de África recorrem mais a consultas de medicina geral. Condições crónicas de saúde estão associadas a uma maior frequência de consultas de medicina geral e de enfermagem, e um aumento no número de comorbidades está associado a taxas significativamente mais altas de consultas de clínica geral e enfermagem. Mais especificamente, doenças cardiovasculares duplicam o risco de consultas de urgência, enquanto as doenças infecciosas, endócrinas e digestivas aumentam significativamente o risco de utilizar esses mesmos serviços em cerca de 30%.

### 3.2. Doenças infecciosas

Entre 2010 e 2014, num estabelecimento prisional de Illinois, EUA, 73% dos pacientes infetados atingiram supressão virológica para hepatite C antes de serem libertados. Contudo, apenas 55% tinham o vírus suprimido após reentrada na prisão (28). Já em Portugal, entre 2017 e 2020, averiguou-se que, para a maioria dos pacientes (68,3%), o diagnóstico de infeção com VHC foi realizado na prisão (56). 90,1% dos pacientes começaram tratamento para a infeção e todos estes completaram-no, alcançando 100% de aderência. Após 12 semanas do final do tratamento, 99% dos pacientes não tinham carga viral detetável e não se verificou nenhum caso de reinfeção. Por sua vez, em Itália, antes do estudo, apenas cerca de 47% dos reclusos tinham sido testados para VHC. Durante o período de estudo, 58 (12,67%) dos pacientes testaram positivo para anticorpos da hepatite C e todos os 46 reclusos que testaram positivo para VHC-RNA começaram tratamento (57).

Em 2014/2015, em 14 prisões australianas, demonstrou-se que o modelo de tratamento para hepatite C liderado por enfermeiros é seguro e eficaz no ambiente prisional, com apenas 18% dos reclusos avaliados a necessitarem de consulta especializada, permitindo 16 novos tratamentos por semana (54). Em Londres, Inglaterra, entre 2017 e 2018, verificou-se que os reclusos que realizaram o rastreio de VHC com a técnica DBS tiveram um tempo de permanência mais longo na prisão em comparação com os reclusos no grupo de rastreio no momento de atendimento. Levou, em média, 36 dias para os reclusos associados ao primeiro grupo iniciarem tratamento a partir de uma avaliação clínica, ao contrário dos reclusos do segundo grupo que, em média, tiveram um tempo de espera de apenas um dia para iniciar tratamento (49).

Das 14 prisões do Reino Unido estudadas, as taxas de rastreio para VHC aumentaram com a mudança de política de testes para *opt-out* em 10 estabelecimentos prisionais e diminuiu em 4 deles (48). 5 outros fatores mostraram estar relacionados com a taxa de testes realizados nas prisões. As taxas de testagem eram mais altas: se o recluso viesse de outra prisão e não da comunidade geral; onde o recluso poderia caminhar até a sua consulta sem acompanhamento de um polícia; onde o tratamento para a hepatite C é fornecido no hospital; onde mais de 50% dos reclusos relataram que era fácil ser observado por uma enfermeira; e onde os cuidados de saúde na prisão eram privados em vez de serem fornecidos pelo sistema nacional de saúde (49).

Em 2020, em 59 prisões do Canadá, observou-se que a oferta de rastreio de VHC foi mais comum em prisões onde os serviços de saúde são responsabilidade do Ministério da Saúde do que em prisões cuja responsabilidade é do Ministério da Justiça (44). As

prisões do primeiro tipo são mais prováveis de garantir tratamento com DAA durante a reclusão do que as prisões do segundo tipo (60% vs. 46%). No total, 66% das prisões referenciaram os casos diagnosticados com VHC à entrada para avaliação e 46% das prisões reportaram oferecer cuidados de saúde para a infecção com o seu médico *on-site*. Nenhuma das prisões canadianas tem um projeto de troca de seringas (44).

Em relação à tuberculose, numa prisão de Victoria, Austrália, dos 116 reclusos estudados, 7 pessoas foram diagnosticadas com TB enquanto na prisão e completaram o seu tratamento no período de reclusão. A maioria dos reclusos que estavam a receber tratamento para a TB tinham menos de 30 anos (65,4%) e nasceram em países do continente africano (61,5%). Não se verificou, no entanto, uma diferença significativa no sucesso do tratamento para a TB entre pacientes encarcerados e pacientes da população geral (53).

Relativamente ao VIH, numa prisão canadiana, entre indivíduos que estiveram em reclusão em algum momento do estudo (n=50; 17%), 8% estavam com o vírus suprimido durante todo o estudo e 26% estavam com o vírus ativo no decorrer do estudo. Encarceração recente estava associada a uma redução da probabilidade de supressão virológica e com menores níveis de adesão a terapia antirretroviral (47).

### 3.3. Transtorno do uso de opioides

Em Vancouver, Canadá, entre 2005 e 2016, registou-se que 207 reclusos (34,7%) realizavam OAT. Das 1251 observações feitas, apenas 26% incluíram um reporte de uso de OAT, e destas, 90,8% corresponderam a continuações no tratamento e apenas 30 foram novas admissões. O tempo de espera médio para os que deram continuidade ao OAT foi de 2 dias, enquanto os que deram início ao tratamento na prisão tiveram de esperar 2-3 dias. (40). Já em Ontário, Canadá, entre 2015 e 2018, nas 26 prisões estudadas, verificou-se um aumento da prevalência de prescrição para OAT de 1,7 vezes por ano, comparado com o aumento de 1,2 vezes por ano na população geral. A prevalência total de pessoas a realizar tratamento com metadona variou entre os 6,9% e os 8,4%, com buprenorfina ou naloxona variou entre os 0,8% e os 4,8%, e tratamento com qualquer um destes medicamentos entre 8,2% e 13,2% (39). Em 2020, em 59 prisões do Canadá, OAT estava disponível na maioria delas (83%), mas apenas pouco mais de metade (59%) dava início à terapia a indivíduos recém-admitidos (44).

Entre as 122 prisões dos EUA estudadas em 2019, 106 (86,9%) disseram fornecer tratamentos tanto para o consumo de drogas como para o consumo de álcool. Apenas 25% dos estabelecimentos prisionais ofereciam terapia com MOUD sem qualquer condição, 8,2% apenas ofereciam aos reclusos que têm uma prescrição ativa e 59%

dos estabelecimentos não oferecia qualquer tipo de MOUD (34). Contudo, entre 2018 (52 784 prisões) e 2020 (333 226 prisões), registou-se um aumento de 471,3% na disponibilidade de MOUD em prisões de todo o país. Este aumento deve-se nomeadamente ao acréscimo de fornecimento de naloxona e buprenorfina nas prisões (38). O acesso a qualquer tipo de MOUD durante o período de gravidez é descrito na secção seguinte.

#### 3.4. Saúde pré-natal

Em Ontário, foram seguidas mais de 1 milhão de gestações, tanto em estabelecimentos prisionais como na população geral, durante 10 anos, e verificou-se que mulheres que experienciam reclusão são menos prováveis de receber cuidados de saúde pré-natal (41). Em relação a gestações durante períodos de reclusão, 193 mulheres (30,8% vs. 79,9% na pop. geral) receberam uma visita no primeiro trimestre, 272 (48,4% vs. 85,1% na pop. geral) tiveram 8 ou mais visitas durante a gravidez, 209 (34,6% vs. 55,3% na pop. geral) realizaram ecografia durante as 7 e 12 semanas e 320 mulheres (52,3% vs. 83,4% na pop. geral) ecografia durante as 18 e as 22 semanas (41).

Das 371 prisões americanas estudadas, 61% das prisões oferecia teste de gravidez à entrada, sendo que cerca de metade baseavam-se no autorrelato por parte das reclusas. As prisões mais prováveis de garantir o acesso a estes testes eram prisões de maior capacidade de ocupação, localizadas em áreas urbanas, prisões que também oferecem MOUD e outros tratamentos de transtorno de uso de substâncias (29).

Em relação ao transtorno de uso de opioides, 504 (60,3%) estabelecimentos prisionais dos EUA declararam dar continuidade a MOUD durante a gravidez (37), e num dos estudos 40% das participantes receberam MOUD durante o período de reclusão na gravidez (32). Um total de 267 prisões tanto iniciavam como continuavam o tratamento e 237 apenas davam continuidade, mas não iniciavam o tratamento durante a gravidez. 190 (22,7%) prisões reportaram que faziam o controlo do transtorno apenas através da abstinência de opioides (37). Dois estudos americanos concluíram que as reclusas grávidas eram mais prováveis de ter acesso a MOUD em casos de continuidade e não de começo de desintoxicação durante a gravidez (29) (32). Estas reclusas, segundo um estudo de menores dimensões, eram mais prováveis de receber MOUD durante o segundo semestre de gravidez do que o primeiro ou terceiro (32). Ainda verificaram que são oferecidas mais opções de acesso a MOUD a reclusas grávidas (64% das 371 prisões estudadas) do que a reclusas não grávidas (36%) (29). O MOUD mais comum é a metadona tanto em pessoas grávidas como não grávidas, mas 33% das prisões não

ofereciam este medicamento durante a gravidez e 55% das prisões não ofereciam a pessoas não grávidas (29).

As prisões que forneciam apenas metadona eram mais propensas a continuar com a medicação (84 de 123 prisões) do que iniciar e continuar a mesma (39 de 123 prisões). Em contraste, prisões que só oferecessem buprenorfina eram mais propensas a iniciar e continuar a medicação (73 de 119 prisões) do que só continuar (46 de 119 prisões). No total, apenas 262 (31,5%) de 832 prisões estudadas forneciam o acesso tanto a metadona como a buprenorfina durante a gravidez (37). Apenas 120 dos estabelecimentos prisionais (23,8%) disponibilizavam a continuidade de MOUD pós-parto e, apesar de a maioria das prisões (75,7%) oferecer medicamentos para o alívio de sintomas durante a abstinência, 28 prisões ainda não o fazem. Os estabelecimentos prisionais mais propensos a disponibilizarem MOUD durante a gravidez também oferecem testes de gravidez rotineiros após 2 semanas de reclusão (37).

### 3.5. Saúde mental

Nas 4 prisões da Suíça estudadas, em média, há mais consultas de saúde mental do que as restantes consultas. Há 2,4 consultas médicas e 3,5 consultas de cuidados mentais por ano de permanência na prisão para cada recluso (55). Já no Canadá, 43,3% dos 7965 reclusos estudados receberam qualquer tipo de tratamento relacionado com a saúde mental, sendo que entre 66% e 75% dos que receberam tratamento tiveram o seu primeiro contacto com um profissional de saúde mental nos primeiros 50 dias de reclusão e os restantes reclusos só tiveram esse contacto mais tarde (46).

Os diferentes estudos identificaram vários determinantes do acesso aos cuidados de saúde mental. Três dos estudos verificaram que reclusas do sexo feminino usam mais os serviços de saúde mental (36) (45) (55). Em 2010, em Ontário, verificou-se que o sexo feminino foi sobrerrepresentado em hospitalizações relacionadas com a saúde mental e toxicod dependência (21,4%) relativamente à não utilização dos serviços (7,5%) (45). Adicionalmente, em 98 prisões dos EUA, as reclusas mostraram maior tendência para procurar informações de saúde mental e também maiores taxas de participação em grupos de apoio de saúde mental, (31,26% do sexo feminino vs. 13,34% do sexo masculino) (36). Por fim, nas prisões da Suíça, também as reclusas apresentaram taxas significativamente mais altas de consultas de saúde mental (55).

Em relação à idade, nos EUA, as reclusas de um grupo etário superior procuravam mais informações de saúde mental, mas na Suíça o uso de cuidados de saúde mental foi superior nas reclusas mais jovens (36) (55).

Outros determinantes identificados no estudo do Canadá, em 2010, foram os rendimentos e o tempo de reclusão. Tanto reclusos com menores rendimentos como indivíduos com maiores períodos de reclusão foram ligeiramente sobre-representados no uso de serviços de saúde mental e toxicodependência (hospitalizações, consultas de emergência e consultas ambulatoriais) (45). Também no Canadá, em 2014/2015, o risco de automutilação estava associado a uma maior utilização dos serviços de saúde mental, particularmente entre os reclusos que não tinham historial recente de problemas de saúde mental (46).

Na Suíça, nas 4 prisões estudadas, os reclusos com origem africana, da Europa de leste e dos EUA utilizam significativamente mais os cuidados de saúde mentais. O tipo de crime cometido também foi estudado como determinante do uso dos cuidados de saúde mental. Averiguou-se que reclusos autores de crimes sexuais têm as taxas mais elevadas de cuidados de saúde mental (55).

Também os determinantes do acesso aos cuidados de saúde mental pelas reclusas grávidas foram estudados numa prisão dos EUA (31). Verificou-se que mulheres com menos de 21 anos e de etnia negra solicitaram significativamente menos serviços. Já mulheres diagnosticadas com algum transtorno psicológico; que consumiram drogas ilegais nos últimos 2 anos, ou nos 3 meses pré-gravidez, ou no momento de concepção; que usaram metadona nos últimos 6 meses; ou que eram sem-abrigo nos últimos 12 meses, solicitaram significativamente mais este tipo de serviços. Adicionalmente, tanto ter menos de 21 anos como ter níveis de educação inferiores ao ensino secundário estão associados a menos requisições destes serviços.

### 3.6. Saúde da mulher

No Canadá, 36,2% das reclusas da cidade de Ontário, elegíveis para o rastreio, estavam com atraso no rastreio do cancro do colo do útero, em comparação com 21,9% das mulheres elegíveis da população geral da cidade (42). Apesar deste atraso na população prisional, esta continuava a ter acesso a consultas de cuidados de saúde primários durante o período do estudo (2006-2013).

Mais tarde, em 3 prisões de Kansas, EUA, observou-se um aumento na realização do mesmo rastreio durante o período de intervenção do estudo (2015-2017) (30). As participantes que reportaram realizar o rastreio subiram de 72,2% para 82%. Dentro dos determinantes estudados, a idade foi o único que se mostrou significativo. As probabilidades de rastreio atualizado diminuía 5% por cada ano acrescentado à idade das reclusas.

### 3.7. Saúde oral

Em 3 prisões estudadas no Reino Unido, verificou-se que 46% dos reclusos reportaram que tinham visitado o médico dentista da prisão durante a execução das suas sentenças (51). Destas visitas, 55% foram em contexto de emergência e 33% para tratamentos de rotina. A idade foi um determinante que mostrou influenciar esse acesso, sendo que os reclusos com acesso aos serviços dentários eram significativamente mais velhos do que os que não acederam.

Os reclusos que não têm acesso aos cuidados de saúde oral estão associados a uma pior qualidade de saúde oral, com 61% dos reclusos deste grupo a sofrer de perda de dentes. As barreiras no acesso aos serviços de saúde oral identificados pelos reclusos incluem a dificuldade em marcar a consulta (61%), consultas dentárias não frequentes (48%), e problemas ao obter (10%) e completar (3%) os formulários da prisão (51).

#### 4. Discussão

A síntese dos 30 artigos selecionados para revisão sugere que, apesar de alguns artigos identificarem melhorias em determinados *outcomes* de saúde no período de estudo, o acesso universal aos cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais dos países de alto rendimento ainda não foi alcançado. A revisão dos determinantes desse acesso realça a diferença entre diversos grupos na utilização dos serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais.

As prisões têm a oportunidade de chegar a determinados grupos da população mais desfavorecidos que, muitas das vezes, são sobrerrepresentados na população reclusa, na tentativa de se atingir o acesso universal à saúde. Tal não é possível quando, por exemplo, nos EUA, nem todas as prisões garantem serviços de saúde (34); ou quando, segundo Ramirez *et al.* (41) mais de 65% das mulheres grávidas não realizam uma única ecografia entre as 7 e as 12 semanas de gestação; ou quando nem 50% dos reclusos visitaram uma única vez o médico dentista durante o período de reclusão, consoante Freeman *et al.* (51); ou quando quase 60% das prisões dos EUA estudadas não oferecem qualquer tipo de tratamento para o transtorno de uso de opioides (34).

Ao mesmo tempo, um passo fundamental para a reinserção dos indivíduos na sociedade é assegurar a transição dos cuidados de saúde para o momento em que os reclusos são admitidos e posteriores tratamentos durante o período de encarceração. Dos artigos selecionados, apenas a continuidade do tratamento para o transtorno do uso de opioides é estudada, sendo que se verificou que em Vancouver, quase 91% dos casos de MOUD foram casos de continuidade (40) e, nos EUA, segundo Sufrin *et al.* (37), cerca de 60% dos estabelecimentos prisionais estudados davam continuidade ao tratamento durante a gravidez.

Oito dos estudos mostraram melhorias dos resultados em saúde ao longo do acompanhamento dos reclusos. Em particular, dois estudos verificaram uma maior disponibilidade e prevalência de prescrição de tratamento para o transtorno de uso de opioides; dois dos estudos mostraram um aumento nas taxas de rastreio, um deles do colo do útero e outro de hepatite C; três estudos identificaram intervenções que maximizam as taxas de adesão ao tratamento de VHC; e outro estudo relata uma intervenção que minimiza o tempo de espera para o tratamento desta infeção.

Quatro dos estudos compararam o acesso aos serviços de saúde entre a população reclusa e a população geral. Três desses estudos identificaram a reclusão como uma barreira ao acesso, ou seja, os reclusos mostraram ser menos prováveis de receber cuidados de saúde do que a população geral (35) (41) (42). Contudo, segundo

Kouyoumdjian *et al.* (43), a taxa de utilização dos cuidados de saúde primários foi maior para as pessoas do grupo prisional. Tal pode ser justificado pelo facto de os reclusos estarem associados a uma maior comorbidade e a uma maior probabilidade de lesões e doenças agudas que requerem uma maior utilização deste tipo serviços de saúde (58) (59). Contrariamente, Kouyoumdjian *et al.* (42) também verificou que a taxa de rastreio do cancro do colo do útero é inferior na população reclusa do que na população geral, o que se pode dever também à alta comorbidade dos reclusos que desvia o foco dos profissionais de saúde de determinadas condições e de cuidados preventivos (60) – (62).

Relativamente ao tratamento das doenças infecciosas, nomeadamente da hepatite C, que é a infeção mais prevalente em contexto prisional (63), foram identificados vários casos de sucesso. Nos três estudos que avaliaram os resultados do tratamento de VHC com DAA, foi demonstrado que estas infeções não são difíceis de tratar, mas sim de alcançar (54) (56) (57). Segundo Gaspar *et al.* (56) e Papaluca *et al.* (54), embora exigente, a descentralização de uma equipa médica especializada do hospital para a prisão, bem como a distribuição diária da medicação DAA pelos funcionários, melhorou o acesso dos reclusos ao tratamento da hepatite C, com taxas altas de cura da infeção, descendo a prevalência numa das prisões de 12% para 1% (64). Este modelo superou muitas das barreiras sistémicas contra o tratamento eficaz desta infeção, nomeadamente a necessidade de consultas especializadas, transferência hospitalar e interrupção do tratamento durante a transferência de prisioneiros (54) (56).

Adicionalmente, rastreios sistemáticos na admissão dos estabelecimentos prisionais podem ser adotados como estratégia nacional de eliminação destas infeções, visto que o projeto português HIPPOCRATES<sup>®</sup> de micro-eliminação de hepatite C nas prisões, obteve melhores resultados que outros estudos ao realizar este tipo de testes de rastreio à entrada dos reclusos (65)-(68). Estas estratégias de cuidados descentralizados e de rastreio universal logo na admissão do recluso podem ser alargadas a outras infeções com altas prevalências no meio prisional, como o VIH.

Diferentes determinantes foram estudados nos vários artigos, uns inerentes às próprias prisões, outros relacionados com a população reclusa. No que diz respeito às características dos estabelecimentos prisionais, foram reconhecidos os seguintes facilitadores de acesso aos mais variados serviços de saúde: prisões de sentenças superiores a 1 ano (33); prisões de maiores dimensões (28); prisões cujos serviços de saúde são da responsabilidade do Ministério da Saúde (43); e prisões com política de rastreio *opt-out* (47).

A idade, o sexo e o estado de saúde dos reclusos, assim como o tempo e o motivo de reclusão, foram também identificados como facilitadores ou barreiras ao acesso dos serviços de saúde durante a encarceração. Mais especificamente, ser do sexo feminino e de um grupo etário superior está, geralmente, associado a uma maior utilização dos cuidados de saúde. O mesmo se verifica com o aumento de comorbidades dos pacientes, nomeadamente, transtornos psicológicos e condições crónicas. Comparando com a população geral, também o sexo feminino e indivíduos com mais comorbidades utilizam mais os serviços de saúde (69)-(71). Em relação ao tempo de reclusão, quanto maior este for, mais facilitado é o acesso aos serviços de saúde, assim como, se se verificar uma reentrada do recluso na prisão. Tal pode justificar-se por um maior tempo de observação, que está associado a uma maior probabilidade de necessidade de cuidados de saúde.

Apesar desta revisão sistemática fornecer uma síntese útil da evidência que quantifica e avalia o acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais dos países de alto rendimento e os seus determinantes, os estudos seleccionados apresentam algumas limitações. Uma delas é que a maioria destes estudos usa como medida para o acesso aos serviços de saúde a utilização dos mesmos serviços, não tendo em conta as necessidades das amostras dos respetivos estudos. Desta forma, é difícil avaliar o acesso à saúde nos estabelecimentos prisionais com base nestes estudos quando, nestes contextos, ao haver maiores probabilidades de a população ter mais comorbidades, é normal haver uma maior utilização dos cuidados de saúde (72).

A metodologia dos estudos seleccionados limitou a seleção de evidência suficiente para avaliar o acesso aos cuidados de saúde nas prisões nos países de alto rendimento. Por um lado, os 14 estudos transversais permitiram a recolha de dados sobre que tipo de serviços de saúde os estabelecimentos prisionais oferecem no momento da recolha de dados, sendo que alguns dos estudos tinham as próprias prisões como amostra. Ademais, este tipo de desenho de estudo permitiu a identificação de vários determinantes do acesso aos cuidados de saúde no contexto prisional. No entanto, são estudos que apenas medem a utilização dos cuidados de saúde num período limitado (por exemplo, nos últimos 12 meses) ou questionam aos participantes quantas vezes utilizaram determinado serviço durante a reclusão, cujas respostas podem estar associadas a um viés de memória. Por outro lado, os estudos longitudinais permitiram avaliar o impacto de determinadas intervenções ou mesmo avaliar o efeito da reclusão no acesso à saúde ao longo do tempo, e não apenas uma “fotografia” daquele momento da reclusão. Contudo, poucos estudos longitudinais procuraram fazer um seguimento dos reclusos ao longo de toda a sua reclusão, avaliando o acesso aos cuidados de

saúde conforme as necessidades de cada um dos reclusos, tendo em conta os diferentes tempos de reclusão e, conseqüentemente, observação dos participantes. A falta de estudos que fazem esse seguimento dos reclusos desde o momento da entrada à sua saída, comparando também o acesso à saúde que tinham antes da reclusão, não permite dar resposta à questão de investigação colocada relativamente ao acesso aos serviços de saúde nas prisões. A ausência de comparações entre reclusos e não reclusos e momento pré-reclusão e reclusão dificulta a identificação da reclusão como barreira ou facilitador ao acesso dos cuidados de saúde.

Outra limitação é o facto de se tornar impossível generalizar o acesso aos cuidados de saúde nas prisões para todos os 31 países de alto rendimento, quando apenas foram selecionados e revistos artigos de 7 destes países. Uma vez que 20 dos 30 artigos selecionados são ou dos EUA (11) ou do Canadá (9), essa generalização torna-se ainda mais difícil, pois a maioria dos resultados obtidos acabam por ser dos mesmos tipos de contexto. Além disso, esta revisão sistemática é limitada pela dificuldade em comparar os vários resultados e os seus determinantes dos diferentes artigos, visto que não existe uma uniformização dos resultados. Cada estudo teve diferentes objetivos e medidas, resultando em diferentes quantificações de acesso à saúde e os seus determinantes, o que os torna mais difíceis de correlacionar.

O próprio estudo também apresenta algumas limitações, nomeadamente a utilização de apenas uma base de dados para a estratégia de pesquisa de artigos. O facto de se basear num período de tempo limitado com artigos publicados entre 2018 e 2023 e apenas escritos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola também limitaram os resultados obtidos. Adicionalmente, esta revisão sistemática foi realizada apenas por uma única investigadora, podendo haver um viés associado na seleção dos artigos para revisão.

Posto isto, estas limitações não invalidam o facto desta revisão sistemática ter resumido resultados relevantes de 30 artigos que quantificam e avaliam o acesso aos serviços de saúde nas prisões, assim como os seus determinantes, de alguns países de alto rendimento. Adicionalmente, ao serem selecionados artigos apenas publicados nos últimos 5 anos, os resultados incidem na evidência mais recentes nesta área de estudo. Este estudo procurou identificar e avaliar o acesso a todo o tipo de cuidados de saúde e os seus determinantes, não havendo limitações na área de saúde estudada. Desta maneira, foi possível realçar a importância de melhorar e garantir o acesso a vários serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais para, conseqüentemente, assegurar uma melhor saúde pública.

## 5. Conclusão

O impacto substancial que o acesso à saúde tem no processo de reinserção dos indivíduos encarcerados obriga a um maior esforço das entidades reguladoras dos serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais para que as necessidades desta população sejam encontradas. Desta maneira, contribui-se não só para um melhoramento da saúde da população reclusa, como da população geral e, conseqüentemente, para o cumprimento dos ODSs.

Esta revisão sistemática estudou resultados de impacto nos reclusos através de determinados *outcomes* em saúde e os seus determinantes, e também sistematizou dados de produção de saúde relativos à entrega dos serviços de saúde. Por um lado, os resultados sintetizados mostram a eficácia de certas intervenções no tratamento das principais problemáticas nos estabelecimentos prisionais, como a hepatite C; ou o aumento de taxas de determinados rastreios, como do colo do útero e do VHC; ou uma maior prevalência de prescrição de certos tratamentos, como MOUD. Por outro, ainda há áreas da saúde cujo acesso é muito limitado e não vão ao encontro das necessidades de todos os grupos de reclusos, como reclusas grávidas. Relativamente aos determinantes analisados, parece haver uma associação entre o sexo, a idade, o estado de saúde dos reclusos, e o tempo e motivo de reclusão com o acesso a determinados cuidados de saúde. Apesar da dificuldade em comparar certos resultados, é crucial que haja um melhor acesso aos cuidados de saúde nas prisões, seja na continuidade de serviços prestados antes do momento de reclusão, seja dando início a novos cuidados durante este período de privação de liberdade.

Surge a necessidade da realização de mais estudos nesta área, nomeadamente estudos em que haja um seguimento dos participantes ao longo da sua reclusão, tendo em conta a utilização dos serviços de saúde num momento pré-reclusão, durante a reclusão e mesmo num período pós-reclusão. São cruciais estudos que quantifiquem o impacto no acesso à saúde, ou falta dele, na vida dos reclusos, para permitir uma melhor monitorização e avaliação dos dados e, conseqüentemente, construam-se melhores estratégias e intervenções de saúde para a população prisional. Deste modo, garante-se o respeito pelo direito à saúde, bem como a progressão na direção do acesso universal à saúde, tanto dos reclusos como de toda a população.

## Referências

- (1) Penal Reform International [Internet]. Global Prison Trends 2023. 2023 Jun [cited 2023 Jun 3]. Available from: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2023/06/GPT-2023.pdf>
- (2) Stürup-Toft S, O'Moore EJ, Plugge EH. Looking behind the bars: emerging health issues for people in prison. *Br Med Bull* 2018;125:15–23.
- (3) Jólluskin G, de Castro-Rodrigues A, Silva I, *et al.* Saúde e reclusão: de uma breve contextualização do fenómeno ao papel dos profissionais de saúde. *Configurações*. 2014;13:89-102.
- (4) Baybutt M, Chemlal K. Health-promoting prisons: theory to practice. *Glob Health Promot*. 2016;23(1):66-74.
- (5) Enggist S, Møller L, Galea G, Udesen C. Prisons and health [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2014 [cited 2023 Jun 4]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/128603>
- (6) Woodall J. Health Promoting Prisons: an overview and critique of the concept. *Prison Service Journal*. 2012;202:6–12
- (7) United Nations [Internet]. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. [cited 2023 Jun 4]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/>
- (8) Ismail N, Lazaris A, O'Moore É, *et al.* Leaving no one behind in prison: improving the health of people in prison as a key contributor to meeting the Sustainable Development Goals 2030. *BMJ Global Health* 2021;6:e004252.
- (9) World Health Organization. Regional Office for Europe [Internet]. Leaving no one behind in prison health: the Helsinki conclusions. 2020 [cited 2023 Jun 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352128>
- (10) United Nations [Internet]. Universal Declaration of Human Rights. 1948 [cited 2023 Jun 5]. Available from: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- (11) United Nations Office on Drugs and Crime [Internet]. United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (Nelson Mandela Rules). *International Legal Materials*. 2016;55(6):1180–205. Available from: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson\\_Mandela\\_Rules-E-ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf)
- (12) World Health Organization. Regional Office for Europe [Internet]. Status report on prison health in the WHO European Region 2022. 2023 [cited 2023 Jun 5]. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058674>
- (13) Tivoschi L, O'Moore É Hedrich D. Challenges and opportunities for the management of infectious diseases in Europe's prisons: evidence-based guidance. *The Lancet Infectious Diseases*. 2019.
- (14) Hayton P, van den Bergh B, Moller L. Health protection in prisons: the Madrid Recommendation. *Public Health*. 2010;124:635–36.
- (15) Ginn S. Prison environment and health. *BMJ*. 2012;345: e5921
- (16) deViggiani N. Creating a healthy prison: developing a system wide approach to public health within an English prison. *Prison Service Journal*. 2012;202:12–19.

- (17) Marshall T, Simpson S, Stevens A. UK Government Web Archive [Internet]. Toolkit for health care needs assessment in prisons. 2000 [cited 2023 Jun 6]. Available from: <https://shre.ink/lviz>
- (18) United Nations Office on Drugs and Crime [Internet]. HIV in prisons: situation and needs assessment toolkit. 2010 [cited 2023 Jun 5]. Available from: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV\\_in\\_prisons\\_situation\\_and\\_needs\\_assessment\\_document.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV_in_prisons_situation_and_needs_assessment_document.pdf)
- (19) Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011 ; 377:956–965
- (20) World Health Organization. Regional Office for Europe. [Internet]. Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health. 2013 [cited 2023 Jun 6]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326388>
- (21) Niveau G, Ritter C. Route of administration of illicit drugs among remand prison entrants. *European Addiction Research*. 2008;14(2):92–98.
- (22) Deehan A. Alcohol and crime: taking stock [Internet]. Home Office. 1999 [cited 2023 Jun 6]. Available from: <http://webdoc.sub.gwdg.de/ebook/serien/n/CRRS/3-fr.pdf>
- (23) Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*. 2006;1:181–191.
- (24) Ritter C, Stöver H. Patient ou prisonnier? Pistes vers l'équivalence des soins en prison. Presentation at the 6th European Conference on Health Promotion in Prisons [Internet]; 1–3 February 2012; Geneva, Switzerland. 2012 [cited 2023 Jun 6]. Available from: <http://www.gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/Akzept-Haftdoku1112-Internet.pdf>
- (25) Queda do consumo de tabaco: OMS pede que países invistam para ajudar mais pessoas a pararem de fumar - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 6] Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-11-2021-queda-do-consumo-tabaco-oms-pede-que-paises-invistam-para-ajudar-mais-pessoas>
- (26) World prison brief data [Internet]. [cited 2023 Jun 11]. Available from: <https://www.prisonstudies.org/world-prison-brief-data>
- (27) Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D *et al*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372 :n71.
- (28) Badowski ME, Patel M. Evaluation of Immunologic and Virologic Function in Reincarcerated Patients Living With HIV or AIDS. *J Correct Health Care*. 2022;28(3):203-6.
- (29) Benck KN, Seide K, Jones AK, Omori M, Rubinstein LB, Beckwith C, *et al*. United States county jail treatment and care of pregnant incarcerated persons with opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2023;247:109863.
- (30) Emerson AM, Smith S, Lee J, Kelly PJ, Ramaswamy M. Effectiveness of a Kansas City, Jail-Based Intervention to Improve Cervical Health Literacy and Screening, One-Year Post-Intervention. *Am J Health Promot*. 2020;34(1):87-90.
- (31) Kelsey CM, Thompson MJ, Dallaire DH. Community-based service requests and utilization among pregnant women incarcerated in jail. *Psychol Serv*. 2020;17(4):393-404.

- (32) Sufrin C, Kramer CT, Terplan M, Fiscella K, Olson S, Voegtline K, *et al.* Availability of Medications for the Treatment of Opioid Use Disorder Among Pregnant and Postpartum Individuals in US Jails. *JAMA Netw Open.* 2022;5(1):e2144369.
- (33) Martin RA, Couture R, Tasker N, Carter C, Copeland DM, Kibler M, *et al.* Emergency medical care of incarcerated patients: Opportunities for improvement and cost savings. *PLoS One.* 2020;15(4):e0232243.
- (34) Neill-Gubitz H, Graves JM, Barbosa-Leiker C. Availability of Health Care Services and Medications for Opioid Use Disorder in Carceral Facilities in Washington, Oregon, and Idaho. *J Health Care Poor Underserved.* 2022;33(1):407-18.
- (35) Nowotny KM, Kuptsevych-Timmer A, Oser C. Criminal Justice Contact and Health Service Utilization among Women across Health Care Settings: Analyzing the Role of Arrest. *Womens Health Issues.* 2019;29(2):125-34.
- (36) Nwakasi C, Esiaka D, Parajuli J, Subedi J. Health Information Seeking and Mental Health Support Utilization Among Individuals in U.S. Prisons. *J Correct Health Care.* 2022;28(2):100-8.
- (37) Sufrin C, Kramer CT, Terplan M, Fiscella K, Olson S, Voegtline K, *et al.* Availability of Medications for the Treatment of Opioid Use Disorder Among Pregnant and Postpartum Individuals in US Jails. *JAMA Netw Open.* 2022;5(1):e2144369.
- (38) Dadiomov D, Trotzky-Sirr R, Shooshtari A, Qato DM. Changes in the availability of medications for opioid use disorder in prisons and jails in the United States during the COVID-19 pandemic. *Drug Alcohol Depend.* 2022;232:109291.
- (39) Bodkin C, Bondy S, Regenstreif L, Kiefer L, Kouyoumdjian F. Rates of opioid agonist treatment prescribing in provincial prisons in Ontario, Canada, 2015-2018: a repeated cross-sectional analysis. *BMJ Open.* 2021;11(11):e048944.
- (40) Bozinoff N, DeBeck K, Milloy MJ, Nosova E, Fairbairn N, Wood E, *et al.* Utilization of opioid agonist therapy among incarcerated persons with opioid use disorder in Vancouver, Canada. *Drug Alcohol Depend.* 2018;193:42-7.
- (41) Ramirez AC, Liauw J, Cavanagh A, Costescu D, Holder L, Lu H, *et al.* Quality of Antenatal Care for Women Who Experience Imprisonment in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open.* 2020;3(8):e2012576.
- (42) Kouyoumdjian FG, McConnon A, Herrington ERS, Fung K, Lofters A, Hwang SW. Cervical Cancer Screening Access for Women Who Experience Imprisonment in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open.* 2018;1(8):e185637.
- (43) Kouyoumdjian FG, Cheng SY, Fung K, Humphreys-Mahaffey S, Orkin AM, Kendall C, *et al.* Primary care utilization in people who experience imprisonment in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):845.
- (44) Kronfli N, Dussault C, Bartlett S, Fuchs D, Kaita K, Harland K, *et al.* Disparities in hepatitis C care across Canadian provincial prisons: Implications for hepatitis C micro-elimination. *Can Liver J.* 2021;4(3):292-310.

- (45) Kurdyak P, Friesen EL, Young JT, Borschmann R, Iqbal J, Huang A, *et al.* Prevalence of Mental Health and Addiction Service use Prior to and During Incarceration in Provincial Jails in Ontario, Canada: A Retrospective Cohort Study. *Can J Psychiatry.* 2022;67(9):690-700.
- (46) Martin MS, Potter BK, Crocker AG, Wells GA, Grace RM, Colman I. Mental health treatment patterns following screening at intake to prison. *J Consult Clin Psychol.* 2018;86(1):15-23.
- (47) Erickson M, Pick N, Ranville F, Braschel M, Kestler M, Kinvig K, *et al.* Recent Incarceration as a Primary Barrier to Virologic Suppression Among Women Living with HIV: Results from a Longitudinal Community-Based Cohort in a Canadian Setting. *AIDS Behav.* 2020;24(4):1243-51.
- (48) Jack K, Thomson BJ, Irving WL. Testing for hepatitis C virus infection in UK prisons: What actually happens? *J Viral Hepat.* 2019;26(6):644-54.
- (49) Mohamed Z, Al-Kurdi D, Nelson M, Shimakawa Y, Selvapatt N, Lacey J, *et al.* Time matters: Point of care screening and streamlined linkage to care dramatically improves hepatitis C treatment uptake in prisoners in England. *Int J Drug Policy.* 2020;75:102608.
- (50) Sondhi A, Garrett T. Non-cancer pain clinic in three English prisons: understanding prisoner needs and prescribing practice in relation to chronic non-cancer pain (CNCP). *Int J Prison Health.* 2018;14(4):268-75.
- (51) Freeman R, Richards D. Factors Associated with Accessing Prison Dental Services in Scotland: A Cross-Sectional Study. *Dent J (Basel).* 2019;7(1).
- (52) Field C, Archer V. Comparing health status, disability, and access to care in older and younger inmates in the New South Wales corrections system. *Int J Prison Health.* 2019;15(2):153-61.
- (53) Moyo N, Tay EL, Denholm J. Know Your Epidemic': Are Prisons a Potential Barrier to TB Elimination in an Australian Context? *Trop Med Infect Dis.* 2018;3(3).
- (54) Papaluca T, McDonald L, Craigie A, Gibson A, Desmond P, Wong D, *et al.* Outcomes of treatment for hepatitis C in prisoners using a nurse-led, statewide model of care. *J Hepatol.* 2019;70(5):839-46.
- (55) Spycher J, Dusheiko M, Beaupère P, Gravier B, Moschetti K. Healthcare in a pure gatekeeping system: utilization of primary, mental and emergency care in the prison population over time. *Health Justice.* 2021;9(1):11.
- (56) Gaspar R, Liberal R, Tavares J, Morgado R, Macedo G. HIPPOCRATES<sup>®</sup> project: A proof of concept of a collaborative program for hepatitis C virus micro-elimination in a prison setting. *World J Hepatol.* 2020;12(12):1314-25.
- (57) Masarone M, Caruso R, Aglitti A, Izzo C, De Matteis G, Attianese MR, *et al.* Hepatitis C virus infection in jail: Difficult-to-reach, not to-treat. Results of a point-of-care screening and treatment program. *Dig Liver Dis.* 2020;52(5):541-6.
- (58) Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet.* 2011;377(9769):956–65.
- (59) Kouyoumdjian F, Schuler A, Matheson FI, Hwang SW. The health status of prisoners in Canada: A narrative review. *Can Fam Physician.* 2016;62(3):215–22.

- (60) Binswanger IA, White MC, Pérez-Stable EJ, Goldenson J, Tulsy JP. Cancer screening among jail inmates: frequency, knowledge, and willingness. *Am J Public Health*. 2005;95(10):1781-1787.
- (61) Kelly PJ, Hunter J, Daily EB, Ramaswamy M. Challenges to pap smear follow-up among women in the criminal justice system. *J Community Health*. 2017;42(1):15-20.
- (62) Martin RE. Would female inmates accept Papanicolaou smear screening if it was offered to them during their incarceration? *CMAJ*. 2000;162(5):657-658.
- (63) Falla AM, Hofstraat SHI, Duffell E, et al. Hepatitis B/C in the countries of the EU/EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups. *BMC Infect Dis*. 2018;18:79.
- (64) Bartlett SR, Fox P, Cabatingan H, Jaros A, Gorton C, Lewis R, Priscott E, Dore GJ, Russell DB. Demonstration of Near-Elimination of Hepatitis C Virus Among a Prison Population: The Lotus Glen Correctional Centre Hepatitis C Treatment Project. *Clin Infect Dis* 2018; 67: 460-463.
- (65) Kronfli N, Dussault C, Klein MB, Lebouché B, Sebastiani G, Cox J. The hepatitis C virus cascade of care in a Quebec provincial prison: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*. 2019; 7: E674-E679.
- (66) Connoley D, Francis-Graham S, Storer M, Ekeke N, Smith C, Macdonald D, Rosenberg W. Detection, stratification and treatment of hepatitis C-positive prisoners in the United Kingdom prison estate: Development of a pathway of care to facilitate the elimination of hepatitis C in a London prison. *J Viral Hepat*. 2020; 27: 987-995.
- (67) Harris AM, Chokoshvili O, Biddle J, Turashvili K, Japaridze M, Burjanadze I, Tsertsvadze T, Sharvadze L, Karchava M, Talakvadze A, Chakhnashvili K, Demurishvili T, Sabelashvili P, Foster M, Hagan L, Butsashvili M, Morgan J, Averhoff F. An evaluation of the hepatitis C testing, care and treatment program in the country of Georgia's corrections system, December 2013 - April 2015. *BMC Public Health*. 2019; 19: 466.
- (68) Godin A, Kronfli N, Cox J, Alary M, Maheu-Giroux M. The role of prison-based interventions for hepatitis C virus (HCV) micro-elimination among people who inject drugs in Montréal, Canada. *Int J Drug Policy*. 2020:102738.
- (69) Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract*. 2000;49(2):147-52.
- (70) Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):357-63.
- (71) The impact of comorbidities/multimorbidity on health services | *BMJ Best Practice* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 30]. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/info/us/the-impact-of-comorbidities-on-health-services>
- (72) Institute of Medicine (US) Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services, Millman M. A Model for Monitoring Access [Internet]. National Academies Press (US); 2015 [cited 2023 Jun 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235891/>