

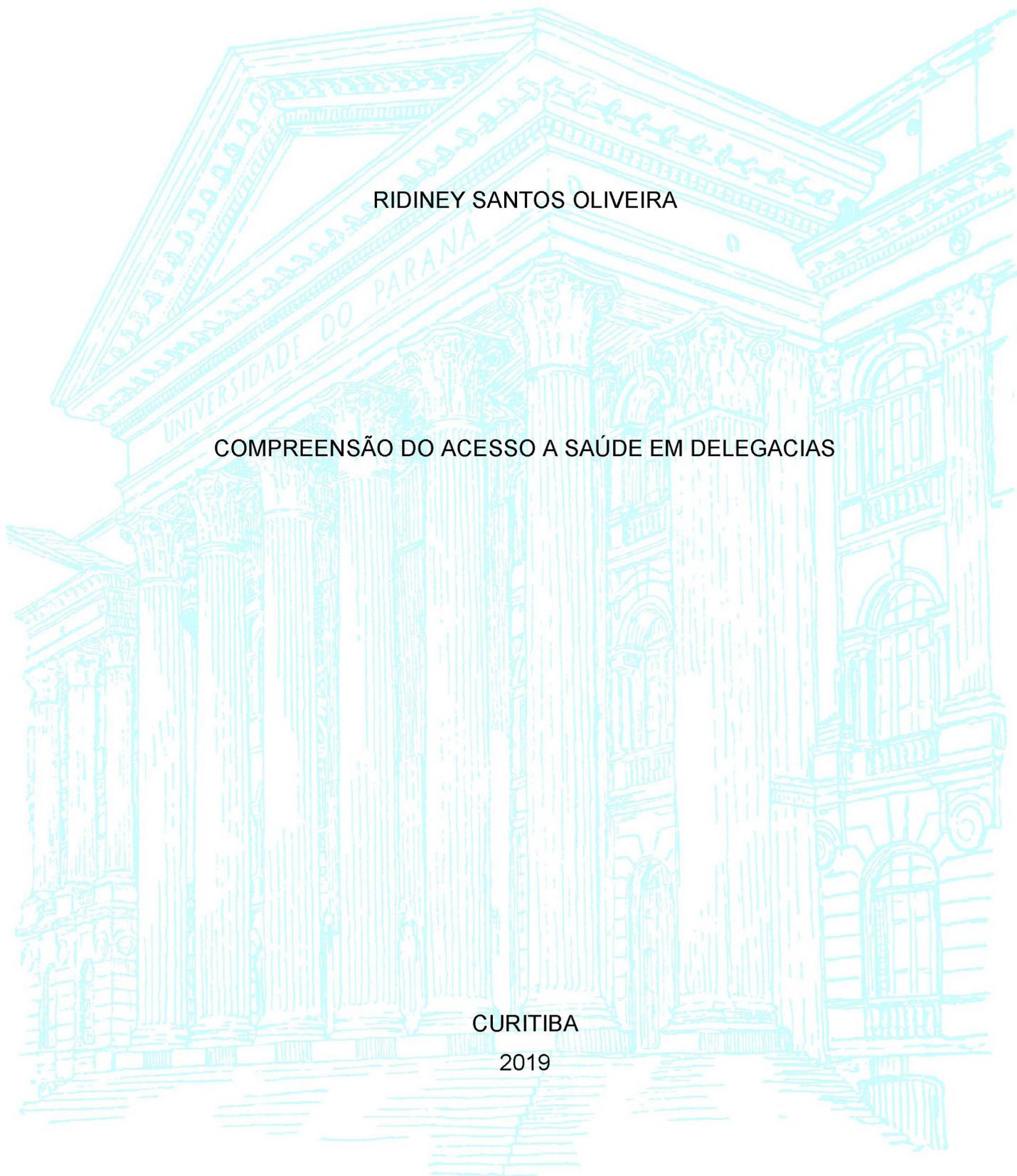
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RIDINEY SANTOS OLIVEIRA

COMPREENSÃO DO ACESSO A SAÚDE EM DELEGACIAS

CURITIBA

2019



RIDINEY SANTOS OLIVEIRA

COMPREENSÃO DO ACESSO A SAÚDE EM DELEGACIAS

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Sabrina Stefanello.
Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos.

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

O48 Oliveira, Ridiney Santos
Compreensão do acesso a saúde em delegacias. [recurso eletrônico] /
Ridiney Santos Oliveira – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sabrina Stefanello

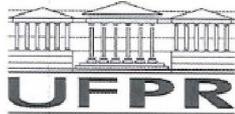
Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

1. Prisões. 2. Populações vulneráveis. 3. Assistência à saúde.
4. Representações sociais. 5. Acesso aos serviços de saúde.
I. Stefanello, Sabrina. II. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos.
III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WA 300

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB 9/991

TERMO APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **RIDINEY SANTOS OLIVEIRA** intitulada: **Compreensão do acesso a saúde em delegacias**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

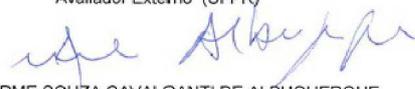
CURITIBA, 12 de Abril de 2019.


SABRINA STEFANELLO

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


MARCOS CLAUDIO SIGNORELLI

Avaliador Externo (UFPR)


GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Avaliador Interno (UFPR)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Sidney e Maria de Fátima, por serem meu porto seguro e fonte de inspiração. A Liliane, por ser uma grande companheira de jornada e sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser minha força.

Aos meus pais, Sidney dos Santos de Oliveira e Maria de Fátima Oliveira, pelo amor incondicional. Vocês são meu exemplo de seres humanos.

A minha amada, Liliane Jablonski, por me incentivar nessa caminhada e em todo o resto.

À Universidade Federal do Paraná, onde me graduei e agora tenho a oportunidade de realizar a Pós-Graduação de Mestrado.

Aos profissionais da delegacia que me ajudaram e colaboraram com a realização dessa pesquisa.

A minha amiga, Verônica, que acreditou desde o início e ajudou a conseguir o espaço nas delegacias para a realização da pesquisa.

Aos amigos profissionais da delegacia por permitirem que eu convivesse no espaço de trabalho deles.

À minha orientadora, Professora Dra. Sabrina Stefanello, que confiou em mim e aceitou o desafio de realizar esse trabalho.

Ao meu coorientador, Professor Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos, que me ensinou tanto.

Aos Professores, Helvo, Guilherme, Marcelo e Marcos, que auxiliaram a encontrar o caminho a seguir para elaboração do trabalho e como escrevê-lo.

Aos demais professores desse Programa de Pós-Graduação e colegas que me auxiliaram nesse ciclo.

Aos "meninos" da graduação, Henrique Cesar Correa Hamilko e Rafaela Schaefer pela ajuda na confecção dessa pesquisa.

E por fim, ao meu amigo peludo, Urso, por ter aceitado a não passear em todas as tardes enquanto escrevia essa pesquisa.

“A prisão não são as grades, e a liberdade não é a rua; existem homens presos na rua e livres na prisão. É uma questão de consciência.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

Existe uma grande quantidade de pessoas privadas de liberdade em regime provisório, basicamente em delegacias. Porém, ainda são raros os estudos com este grupo, que só teve reconhecimento em relação às questões de saúde a partir de 2014 através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) que incluiu os reclusos que estavam em delegacias nas questões relacionadas à saúde. O estudo envolveu reclusos provisórios que estavam em duas delegacias de polícia de Curitiba, uma caracterizada por população masculina e outra por feminina, com a finalidade de compreender o acesso à saúde e percepção do processo saúde-doença dessa população nesse ambiente de reclusão. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa com a realização de entrevistas abertas com 13 participantes masculinos e 13 femininos, observação participativa e diário de campo. Observou-se que os reclusos formam uma “sociedade”, cuja estrutura organizacional é determinada por eles e pelos policiais, inclusive com um linguajar distinto. O acesso ao atendimento possui barreiras relacionadas à instituição e à triagem da equipe de saúde e dos reclusos que fazem sua seleção. Ainda, há dificuldade de acesso aos exames devido a logística envolvida, carência de medicamentos e materiais para procedimentos durante a consulta, espaço inadequado e falta de equipamentos. Percebeu-se uma organização, a partir dos valores do grupo encarcerado, quanto àqueles que merecem o atendimento em saúde. Praticamente inexistem ações preventivas em saúde nestes grupos. Sendo que o ambiente da cela, com o excesso de pessoas, pareceu prejudicial à saúde. Exceto para alguns que relataram sentir-se melhor com a ausência de substâncias psicoativas proporcionada pela reclusão. Por fim, disponibilizar aos detentos o acesso aos recursos de moradia, alimentação, segurança, educação e saúde tornados possíveis pelo grau de desenvolvimento alcançado pela humanidade é o mínimo que uma ação cidadã que o Estado poderia proporcionar. A pena a cumprir é a restrição da liberdade, no caso das delegacias, deveria ser um período curto e temporário, as demais privações desnecessariamente impostas, são expressão de crueldade, evidentemente prejudiciais à saúde.

Palavras-chave: prisões, populações vulneráveis, assistência à saúde, representações sociais, percepção de doença e saúde

ABSTRACT

There is a large number of people deprived of liberty on provisional basis, basically in police stations. Studies with this group are rare, and only in 2014 through the National Policy of Integral Attention to the Health of People Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP), which included inmates who were in police stations in matters related to health. This study involved temporary inmates who are in police stations of Curitiba, with the purpose of understanding the health access and health-disease perception of this population in such environment. This was a qualitative research, open interviews with 13 male and 13 female participants, participative observation and field diary were used to gather data. It was carried out by two police stations in Curitiba, one is characterized by male population and another by female population. It was observed that prisoners form a society of their own, whose "organizational structure" is determined by them and the police, and use a different lingo. Access to care had barriers related to the institution, screening of the health team and inmates who make their selection. Also, it was more difficult to have access to exams due to the logistics involved, fewer options of medicines and materials for procedures during the consultation, inadequate space and lack of equipment. The group values played a role since they determined those who deserved to be seen by the health team and those who don't. Preventive actions were almost nonexistent during research time. The reclusion space, with more inmates than planned, was perceived as health harmful. Except for some inmates who considered being better due to the absence of psychoactive substances in reclusion. Finally, providing detainees access to housing, food, safety, education and health resources, made possible by the degree of development achieved by humanity, is the minimum citizenship the State should provide. The penalty to be fulfilled is the restriction of freedom, other deprivations, unnecessarily imposed, are expressions of cruelty, evidently harmful to health.

Keywords: prisons, vulnerable populations, health care, social representations, perception of disease and health

LISTA DE SIGLAS

ABNT-Associação Brasileira de Normas Técnicas

INFOPEN-Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

LEP-Lei de Execução Penal

PET- Poli(Tereftalato de Etileno) , polímero termoplástico.

PNSSP-Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PNAISP-Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

SUS-Sistema Único de Saúde

TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

USP-Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 OBJETIVO..... | 15 |
| 3 CAPÍTULOS..... | 16 |
| 3.1 NOTA EXPLICATIVA À COMISSÃO EXAMINADORA..... | 16 |
| 3.2 ARTIGO 1 – COMPREENSÃO DO ACESSO À SAÚDE EM DELEGACIAS DE CURITIBA | 17 |
| 3.3 ARTIGO 2 – A QUESTÃO DE GÊNERO NA PERCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM DELEGACIAS DE CURITIBA..... | 45 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 72 |
| REFERÊNCIAS..... | 75 |
| APÊNDICES..... | 78 |
| APÊNDICE A – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ..... | 78 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 82 |
| APÊNDICE C – PERGUNTAS NORTEADORAS/ DISPARADORAS..... | 85 |

1 INTRODUÇÃO

A elevação do número de presidiários é um fenômeno mundial, que, como esperado, atinge, também, o Brasil (726.712), é o terceiro país com o maior número de pessoas reclusas, atrás dos Estados Unidos (2,14 milhões) e da China (1,65 milhão), seguido na quarta colocação pela Rússia (646,1 mil) (VERDÉLIO, 2017).

Com relação à população feminina, privada de liberdade, o Brasil (45.989) está em quarto lugar, superado por Estados Unidos (205.400), China (103.766) e Rússia (53.304) (TREVISAN 2019).

De 2001 para 2011, o número de presos no Brasil cresceu de 233.859 para 514.582, o que representou um incremento de aproximadamente 120% nesses 10 anos (ARRUDA et al, 2013). Em junho de 2016, a população prisional era de 726.712, o que correspondia a uma taxa de ocupação de 197,4% - ou seja, havia praticamente o dobro de pessoas do que as vagas permitidas. Este grande contingente representa um aumento na ordem de 707% em relação ao total registrado no início da década de 90 (JUSTIÇA, 2016).

Conforme Verdélio (2017), cerca de 40% eram reclusos provisórios, ou seja, ainda não apresentavam condenação judicial. Os crimes relacionados ao tráfico de drogas foram motivaram a condenação dessas pessoas, representando 28% da população carcerária total. Roubos e furtos juntos representaram 37%. Homicídios foram 11% dos crimes que causaram a prisão. Com relação às mulheres, 62% das reclusões foram relacionadas ao tráfico de drogas, enquanto entre o sexo masculino isso representou 26%.

Do total de encarcerados no Brasil, segundo Verdélio (2017), em 2017, 55% tinham a idade entre 18 e 29 anos, sendo que 64% eram pessoas negras. Em relação à escolaridade, 75% não chegaram ao ensino médio e menos de 1% atingiram nível superior.

Segundo Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) de 2016, o estado do Paraná era o terceiro colocado em números de população prisional no Brasil, com 51.700 presos, ficando atrás apenas de São Paulo (240.061) e Minas Gerais (68.354). O total de vagas no Paraná no sistema prisional era de 18.365, havendo, portanto, um déficit de vagas de 33.335 (JUSTIÇA, 2017).

Deste contingente paranaense, haviam 9.826 pessoas privadas de liberdade em carceragens nas delegacias. O Paraná também foi o terceiro colocado em relação ao

percentual de presos sem condenação com mais de 90 dias de aprisionamento, que somavam 84% de sua população carcerária (JUSTIÇA, 2017).

Presos provisórios são aqueles que tiveram sua liberdade de locomoção limitada sem a sentença penal condenatória transitada em julgado, ou seja, aquele que aguardava julgamento do seu processo em situação de reclusão, sendo o local de recolhimento a cadeia pública (RODRIGUES, 2010).

Conforme Silva (2015), há diferença entre delegacia de polícia e cadeia pública. A primeira é uma unidade policial para o atendimento ao público, base e administração de operações policiais, investigações criminais e detenção temporária de suspeitos e presos em flagrante delito. A segunda é destinada ao recolhimento de pessoas, em caráter provisório, que foram apontadas como culpadas pelo crime, mas que ainda não foram julgadas pela Justiça. O profissional que trabalha na cadeia é o Agente Penitenciário que tem a função de custodiar e guardar os reclusos.

A descrição das atribuições de uma delegacia é extensa, contudo nem na legislação estadual, tão pouco na federal cita a custódia de presos (SILVA, 2015). Desse modo, as delegacias não seriam os locais mais adequados para permanecerem os provisórios.

Conforme Reis e Bernardes (2011), sobre a realidade de grande parte das delegacias:

As delegacias de polícia são construídas como estabelecimentos pequenos de detenção temporária somente tempo necessário à transferência para estabelecimentos penais e normalmente não oferecem infra-estrutura para o trabalho, lazer, educação, visitas ou outras atividades. Em outras palavras, suas plantas físicas são inadequadas e mal equipadas para manter presos por um longo período de tempo.
(p.3334),2011

Fonseca (2013) descreve do seguinte modo as modalidades de prisão provisória: prisão em flagrante (indivíduo encontrado logo após cometer a infração penal por qualquer pessoa em situação que faça presumir ser o autor da infração ou encontrado cometendo a infração ou está sendo perseguido), prisão preventiva (determinada pelo Juiz, em qualquer fase do inquérito ou instrução criminal, como medida cautelar para garantir eventual execução da pena ou preservar a ordem pública, econômica ou conveniência da instrução criminal) e prisão temporária (restrição de liberdade por tempo determinado, geralmente 5 dias, para possibilitar investigações de crimes graves durante inquérito policial, solicitado quando o indiciado não tiver residência fixa ou quando

imprescindível para a investigação, sendo que o juiz pode converter em prisão preventiva).

Mas, conforme Netto (2016), a Lei não especifica de forma clara o prazo máximo dessas detenções, ficando, assim, seu estabelecimento na dependência das interpretações e jurisprudências.

O prazo processual para término da instrução é a soma dos prazos de todos os procedimentos. Segundo Netto (2016):

Seguindo-se o critério da soma dos prazos dos atos processuais, para a prática dos diversos atos do inquérito e do procedimento comum ordinário, até a sentença perfaz-se um total de 85 dias: inquérito 10 dias; denúncia 05 dias; defesa preliminar 10 dias; audiência de instrução e julgamento 60 dias; soma 85 dias. No caso de interrupção da audiência, pela complexidade do caso, a tal prazo de 85 dias, devem ser somados mais 30 dias, perfazendo um total de 115 dias: Alegações das partes: 10 dias; sentença: 20 dias; soma: 115 dias. Finalmente, caso a audiência tenha sido interrompida pela necessidade de realização de diligências complementares ao prazo de 115 dias, devem ser somados 5 dias, perfazendo um total de 120 dias.
p(s),2016

Com relação aos cuidados em saúde no âmbito prisional, no caso do Brasil, há vários documentos que tratam da questão de saúde, baseados na Constituição Brasileira e na Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, que garante direito à saúde: o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) de 2004 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) de 2014.

O PNSSP contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais (BRASIL, 2005).

A PNAISP foi precursora no estabelecimento legal dos direitos da população prisional do Brasil, incluindo a população de todos os estabelecimentos, já que as delegacias não tinham sido contempladas na legislação anterior. Isso representou um avanço no campo das políticas sociais da área (LERMER et al, 2015). Especialmente quando se identifica que o tempo médio da prisão provisória, variava de 172 dias a 974 dias (JUSTIÇA, 2017). Tempo esse, que revela a morosidade do Judiciário, que conforme Barros (2014), seria uma das críticas ao sistema prisional brasileiro.

Quando se analisa a questão do acesso à saúde, à população reclusa em penitenciárias, distritos policiais e cadeias públicas têm pouco acesso aos serviços de

saúde, uma das razões de manifestações e de revolta, com uso da violência no interior do sistema prisional brasileiro (REIS e BERNARDES, 2011).

Conforme Reis e Bernardes (2011), população privada de liberdade tem o direito de acesso à saúde com os atendimentos equivalentes aos da população em geral, incluindo medidas preventivas. Mas qualidade da assistência prestada à população detida não é igual à prestada à população em geral, mesmo que essa ainda seja deficitária. Além disso, o autor cita que, mesmo após as dificuldades para conseguir o acesso, os encarcerados ainda sofrem pelo preconceito dos serviços prestadores de assistência.

Contudo, identifica-se na literatura que há possibilidade de proporcionar o acesso aos serviços de saúde na reclusão. Gameiro (2013) referiu, inclusive, que algumas pessoas não costumavam utilizar os serviços públicos de saúde antes de cometer a infração e o fizeram após o encarceramento. Viviam em condições nas quais não faziam parte do seu cotidiano frequentarem serviços de saúde. Tiveram contato com profissionais da saúde, como dentista, médico e/ou psicólogo, já dentro do sistema prisional.

Ao se perceber a evolução dessas políticas que discutem da questão de saúde, somando ao fato da população provisória ter sido a última contemplada pela legislação, torna-se importante compreender o acesso dessa população ao que é de direito na área da saúde, objetivo dessa pesquisa.

Ainda são escassas as pesquisas e publicações na área de saúde envolvendo tal população, predominando os estudos quantitativos (BARSAGLINI, 2016). Isso constitui um problema, pois, conforme Barsaglini (2016), esse grupo social ficou esquecido e seu cuidado comprometido, no contexto das políticas públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que ainda há muita incompreensão e desconhecimento quanto aos aspectos que envolvem o cuidado à saúde no sistema penitenciário. As questões relativas a este tema precisam ser revistas e redirecionadas numa abordagem que favoreça uma reflexão aprofundada, crítica e salutar (BARBOSA et al, 2014).

A falta de estudos sobre a população reclusa provisoriamente em delegacias e o fato de somente nos últimos anos este grupo ter sido contemplado quanto aos cuidados em saúde, reforça a necessidade de pesquisas que permitam compreender melhor a questão do acesso. Compreender o acesso à saúde e processo saúde-doença para esse grupo de indivíduos, poderá contribuir para melhorar e adequar o processo de trabalho do sistema de saúde visando tal população.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Investigar como se dá o acesso ao atendimento em saúde nas delegacias a partir da visão dos encarcerados.

Objetivos específicos:

- Analisar se os encarcerados têm acesso a um ambiente saudável e a medidas de prevenção.
- Verificar o acesso ao profissional da saúde e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.
- Explorar as diferenças entre gêneros no ambiente de reclusão em delegacias a partir da observação participante e relatos individuais em relação ao processo saúde-doença.

3 CAPÍTULOS

3.1 Os próximos artigos, que foram redigidos a partir da dissertação de mestrado, serão submetidos ao periódico Interface-Comunicação, Saúde, Educação. Interface (Botucatu) e à Revista Saúde e Sociedade USP, com as adequações futuras de regras de formatação exigida por cada periódico.

3.2 ARTIGO 1 – **Compreensão do acesso à Saúde em Delegacias De Curitiba**

Compreensão do acesso à Saúde em Delegacias de Curitiba

Resumo

Existe uma grande quantidade de pessoas privadas de liberdade em delegacias. Esta pesquisa envolveu reclusos de duas delegacias de polícia de uma grande cidade brasileira – uma masculina e outra feminina – com a finalidade de analisar o acesso à saúde naqueles espaços. Trata-se de um estudo qualitativo com entrevistas abertas, observação participante, registro em diário de campo e pesquisador com experiência no atendimento desta população. Como resultado, observou-se aspectos estruturais e processuais interferindo no acesso aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos do atendimento à saúde, bem como a quase inexistência da prevenção de doenças.

Palavras-chave: prisões, populações vulneráveis, assistência à saúde, representações sociais, percepção de doença e saúde

Abstract

There is a large number of people deprived of their liberty in police stations. This research involved inmates of two police stations in a large Brazilian city, one male and one female, in order to understand access to health care. This is a qualitative study with open interviews and participant observation, field journal record, and researcher with experience in attending this population. As a result was observed structural and processual interferences in access health treatment, such as diagnostic and therapeutic proceedings, and nonexistence of preventive initiatives.

Key-words: prisons, vulnerable populations, health care, social representations, perception of disease and health.

Introdução

A elevação do número de presidiários é um fenômeno mundial, que atinge, também, o Brasil. A população prisional total do país é composta pela soma dos encarcerados no sistema prisional estadual, nas delegacias e no Sistema Penitenciário Federal(PÚBLICA, 2016).

De 2001 para 2011, o número de presos no Brasil cresceu de 233.859 para 514.582, o que representou um crescimento de aproximadamente 120% entre esses 10 anos (ARRUDA et al., 2013). Em junho de 2016, a população prisional era de 726.712, o que correspondia a uma taxa de ocupação de 197,4% - ou seja, havia praticamente o dobro de pessoas do que as vagas permitiam encarcerar. Este grande contingente representa um aumento na ordem de 707% em relação ao total registrado no início da década de 90(PÚBLICA, 2016).

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) de 2016, o estado do Paraná era, naquele ano, o terceiro colocado em números de população prisional no Brasil, com 51.700 presos, ficando atrás apenas de São Paulo e Minas Gerais. O total de vagas era de 18.365, havendo, portanto, um déficit de vagas de 33.335 (PÚBLICA, 2016).

Deste contingente paranaense, havia 9.826 pessoas privadas de liberdade em carceragens nas delegacias, estabelecimento cuja finalidade seria de albergar apenas os presos provisórios. O Paraná também foi o terceiro colocado em relação ao percentual de presos sem condenação com mais de 90 dias de aprisionamento, que somavam 84% de sua população carcerária (PÚBLICA, 2016).

Segundo Soares Filho e Bueno (2016), o perfil demográfico da população prisional brasileira é resultado da “marginalização histórica da relação cidadão versus Estado, da falta de políticas públicas inclusivas, da baixa escolaridade, da pouca perspectiva de futuro e da cultura da violência”.

No Brasil, o direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988, no campo referente à ordem social, contendo como objetivos o bem-estar e a justiça social. Assim, a Constituição Federal de 1988, no artigo 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância. Além disso, no artigo 196 há reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas, visando redução do risco de doenças e de outros agravos com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Logo, dentre os direitos

sociais, o direito à saúde foi eleito pelo constituinte como de peculiar importância (MOURA,2013).

Além da Constituição Federal de 1988, há também a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, que garante o direito à saúde. Posteriormente, foram criados o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), em 2004, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014, que norteiam a organização do cuidado à saúde das pessoas privadas de liberdade (LERMEN et al,2015).

O PNSSP contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais (SAÚDE, 2005).

Já a PNAISP foi precursora no estabelecimento legal dos direitos da população prisional do Brasil ao incluir a população de todos os estabelecimentos prisionais, uma vez que as delegacias não tinham sido contempladas na legislação anterior. Isso representou um avanço no campo das políticas sociais da área, especialmente quando se identificou que o tempo médio da prisão provisória variava de 172 dias a 974 dias (LERMEN et al,2015;JUSTIÇA,2017). Enquanto o tempo, segundo Netto (2016), seria 120 dias.

A PNAISP estabelece objetivos para a saúde da população prisional. São eles: promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando o cuidado integral; garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade; qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; fomentar e fortalecer a participação e o controle social (BRASIL,2014).

A avaliação de serviços de saúde de modo a torná-los expressão prática do direito assegurado pelos princípios constitucionais de um sistema universal, integral e igualitário, deve contemplar a análise de estrutura, processo e resultado. A estrutura diz respeito à existência e adequação de edificações, espaços, equipamentos, insumos, normas de funcionamento e profissionais capacitados. O processo, assim como o resultado, depende em muito da estrutura; inclui a análise do acesso, da qualidade do atendimento e da produtividade.

O acesso contempla as seguintes dimensões: disponibilidade do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário; condições financeiras para pagar a utilização dos serviços de saúde e o pagamento dos profissionais, conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde; informação, que é essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso – sendo que estar bem informado é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o usuário; aceitabilidade, que compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelas pessoas e comunidades (essa dimensão é a menos tangível do acesso e, portanto, a mais difícil de ser quantificada e detectada) (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Se, para a população em geral a avaliação de tais aspectos é frequentemente negligenciada, para as populações privadas da condição de liberdade a situação é ainda pior, pois conforme Reis e Bernardes (2011), a população privada de liberdade tem o direito de acesso à saúde com os atendimentos equivalente ao da população em geral, incluindo medidas preventivas. Mas, a assistência prestada à população detida não é igual à prestada à população em geral, mesmo que para a população em geral ainda seja deficitária.

As pesquisas e publicações na área da saúde envolvendo essa população, ainda são muito escassas, predominando os estudos quantitativos. Isso constitui um problema, na medida que esse grupo social é negligenciado pelas políticas públicas e a assistência à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) fica comprometida com relação à universalidade, à integralidade e à equidade da atenção (BARSAGLINI, 2016).

Além disso, dentre as pesquisas que contemplam o sistema prisional, poucas se reportam aos encarcerados provisórios. A falta desses estudos e o fato de somente nos últimos anos este grupo ter sido contemplado quanto aos cuidados em saúde, reforça a necessidade de pesquisas que permitam compreender melhor o acesso para essa parcela da população.

Diante disso, buscou-se, no presente estudo, avaliar o acesso ao atendimento em saúde das pessoas privadas de liberdade em duas delegacias de polícia, a partir da própria percepção dos reclusos, visando fornecer subsídios para a melhora do cuidado à saúde dessa população.

Metodologia

Realizou-se um estudo qualitativo, pois, segundo Godoy (1995), quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de algum contexto de vida real, a metodologia qualitativa é o método mais utilizado.

Ainda segundo Godoy (1995), a pesquisa qualitativa ocupa um reconhecido lugar entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes; desse modo, o fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, sendo, assim, analisado de forma integrada.

O fenômeno nessa situação é melhor compreendido na percepção da pessoa envolvida, considerando todos pontos de vistas relevantes (GODOY, 1995).

Optou-se, assim, pelo estudo qualitativo, pois como se deseja compreender o acesso à saúde por parte de pessoas privadas de liberdade no aspecto fenomenológico, que segundo Amatuzzi (2009) é uma reflexão sobre a realidade. Turato (2005) elenca ainda outros aspectos favoráveis à realização de uma pesquisa qualitativa na área da saúde. O campo de observação é invariavelmente o ambiente natural do sujeito, sem o controle de variáveis, já que a observação dos sujeitos, por priorizar a profundidade ante a quantidade, tende a proporcionar maior compreensão da essência da questão em estudo. A partir disso, a generalização se torna possível a partir dos conhecimentos originais produzidos.

A quantidade de entrevistados foi definida por saturação, assim, a suspensão de inclusão de novos participantes ocorreram quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na coleta (FONTANELLA; JÚNIOR, 2012).

A pesquisa foi realizada em duas delegacias: uma de reclusos masculinos e outra de reclusas femininas, selecionadas intencionalmente devido à facilidade de acesso do pesquisador, por prestar atendimento médico nas mesmas.

Os convites para a participação no estudo, às pessoas ali privadas de liberdade, foram feitos reservadamente pelo pesquisador, em ambas as delegacias, durante o momento de saída de cela para algum procedimento solicitado pelos policiais. Para evitar a exposição dos reclusos, somente aqueles que seriam transferidos ou sairiam em liberdade foram convidados a participar. O anonimato foi preservado em todo momento das entrevistas e análise das mesmas. Para preservar a identidade dos participantes e

conjuntamente facilitar o reconhecimento de cada entrevista, optou-se por chamá-los de M (masculinos) e F (femininos), enumerando-os, conforme a ordem em que foram entrevistados.

Durante as entrevistas estavam presentes apenas o pesquisador e o participante, sendo que o policial ficava de fora. O tempo médio das entrevistas foi 5 minutos. A população privada de liberdade costuma falar pouco, além de apresentar medo de represálias de ambos os lados, ou seja, de colegas de cela e policiais, fato já descrito na literatura.

Associado a esse medo de represálias, também havia a necessidade de liberar o policial para suas atividades na delegacia o mais rápido possível, outro fator para o abreviamento da duração das entrevistas. Assim, a coleta de dados foi realizada, também, pela observação participante e diário de campo.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), submetido ao Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, aprovado com o registro na Plataforma Brasil CAAE 80355317.0.0000.0102. Todas as dúvidas dos participantes em relação à participação na pesquisa foram esclarecidas antes de iniciadas as entrevistas.

A coleta de dados ocorreu em um período de 6 meses, sendo realizadas 26 entrevistas: 13 participantes femininas e 13 participantes masculinos. Não foram incluídos no estudo pessoas que se recusaram a participar, pessoas com clara dificuldade cognitiva, ou que, no momento da entrevista, ofereciam algum risco para o entrevistador, segundo avaliação dos guardas locais.

A pesquisa dispôs, assim, de duas ferramentas para a obtenção dos dados. A primeira foi a observação participante, com elaboração de diário de campo, no qual foram registrados aspectos como: a relação dos reclusos entre si e com os profissionais da saúde e da delegacia; o manejo de cuidados de saúde; a maneira como se realizava o atendimento pela equipe da saúde; o atendimento dos privados de liberdade pelos funcionários da delegacia e a estrutura física. A frequência da observação foi, em média, de duas vezes por semana e ocorria durante as entrevistas, durante os atendimentos da equipe da saúde e durante os procedimentos aos quais os reclusos eram submetidos, como nas transferências para outros setores do sistema prisional e nas escoltas até o advogado. O tempo de permanência na delegacia foi, em média, de 4 horas por visita. Os registros foram feitos em caderno de anotações e, caso ocorresse alguma situação que gerasse dúvida no pesquisador, a anotação era grifada e, posteriormente, esclarecida

junto às pessoas envolvidas no atendimento naquele momento.

A segunda forma de obtenção de dados foi a realização de entrevistas abertas, foram gravadas em áudio e transcritas integralmente *a posteriori*. Na sequência, cada uma das entrevistas transcritas foi transformada em narrativa – tal escolha pretende mediar discurso e ação, conforme sugerido por Onocko Campos e Furtado (CAMPOS; FURTADO, 2008). Cada uma destas narrativas foi posteriormente avaliada por pelo menos 3 pesquisadores, considerado o grupo hermenêutico, visando garantir o que seria uma mediação entre a experiência e o discurso, mantendo uma postura hermenêutica, e garantindo a manutenção de sua temporalidade, evitando retirar sua cronologia ou meramente garantir lógica, duas importantes ressalvas feitas por Ricoeur (1997).

Além disso, neste caso específico, foi necessário em alguns momentos se valer de uma “tradução” do linguajar próprio utilizado pelos reclusos e trabalhadores das delegacias, de modo que o texto se tornasse compreensível a todos. Após este trabalho, obteve-se a narrativa em sua versão final. Não foi possível apresentar tais narrativas aos entrevistados, pois seria inviável para garantir o cuidado ético e a não exposição dos participantes.

Por fim, as narrativas e o diário de campo foram lidos várias vezes e se construiu uma grade de análise, com as categorias que emergiram dos textos. Destas categorias foram extraídos os núcleos argumentais.

Resultados e Discussão

Segundo Fekete (1995), o estudo da acessibilidade nos permite compreender a relação existente entre as aspirações da população em termos de “ações de saúde”, e a oferta de recursos para satisfazê-las.

A acessibilidade pode ser analisada em suas dimensões geográfica, organizacional, sociocultural e econômica. A dimensão geográfica diz respeito tanto à distância entre a população usuária e os recursos, quanto a características físicas que facilitem, dificultem ou impeçam a obtenção dos serviços. A dimensão organizacional é tributária dos modos de organização dos recursos assistenciais, como turnos de funcionamento do serviço, formas de agendamento, modalidades de produção das ações assistenciais, adequação do quadro de pessoal, das instalações e equipamentos, assim como da integração dos diversos serviços. A dimensão sociocultural refere-se aos aspectos que interferem na busca e obtenção dos serviços ligados à percepção sobre o corpo e a doença, crenças, valores, tolerância à dor etc. Finalmente, a dimensão econômica considera a possibilidade do gasto para a aquisição de produtos ou serviços médicos, para o transporte, ou relativo à simples ausência no trabalho e a consequente perda salarial.

No presente estudo realizou-se uma análise não restrita apenas ao acesso a ações de saúde – no sentido daquelas atividades voltadas ao cuidado curativo – mas também buscou-se incluir aspectos relativos aos processos determinantes da saúde, como o ambiente e a alimentação.

(In)Acesso a um ambiente saudável

No ambiente de sistema prisional, conforme Diuana et al. (2008), há várias situações que favorecem o adoecimento: condições precárias de higiene, celas mal ventiladas e superpopulosas. Nas delegacias estudadas, a situação foi semelhante: o acesso a um ambiente saudável foi muito deficitário. No encarceramento masculino, observou-se uma grande quantidade de reclusos em uma mesma cela. Idealmente, conforme informação dos profissionais das delegacias, cada cela deveria albergar entre 4 e 6 pessoas em 9 m², segundo informação de funcionários, entretanto, continham 10 pessoas em média, chegando em certos casos a 20 pessoas na mesma cela. Nessas circunstâncias, os indivíduos se revezavam entre redes improvisadas e colchões no chão.

Mas, segundo informações do Ministério Público de Santa Catarina (2009), conforme a Lei de Execuções Penais, a proporção é de seis metros quadrados por recluso. Porém, norma técnica da Vigilância Sanitária admite um mínimo de 2,5 metros quadrados. Em nosso estudo encontramos uma razão de 0,9 m² a 0,45 m² por recluso, espaço bastante inferior ao preconizado, constituindo evidente fator de insalubridade.

Foi comum a identificação da necessidade de tratamento para grupos de reclusos por problemas infectocontagiosos, como surtos de pediculose, escabiose e diarreia. A seguinte fala, retirada da entrevista com um participante masculino, ilustra bem tal realidade:

“Tá complicado, dormindo no chão molhado, ficando doente, sei lá, aqui é o cômodo do inferno, o lugar é complicado”. (M03)

Cenário semelhante foi observado na delegacia feminina: celas superlotadas, mal ventiladas e com precária condição de higiene. A estrutura física prioriza a segurança. Sousa et al (2013), reitera esta realidade. Partindo de pesquisa em penitenciária, afirma que a preocupação com a segurança, bem como a integridade dos profissionais e dos detentos, sobrepõe em detrimento da percepção das doenças, cuidados com a prevenção das mesmas e recuperação da saúde.

Em relação à estrutura física da cela, constatou-se que o vaso sanitário do modelo bacia turca ficava no seu interior, no mesmo ambiente onde os reclusos guardavam seus pertences e realizavam as refeições, favorecendo assim a transmissibilidade de doenças infectocontagiosas.

A limpeza dos locais estudados mostrou-se insatisfatória, apesar da existência dos “faxinas”, como são chamados os reclusos responsáveis pela higiene da cela e do corredor que permite o acesso às celas. A limpeza é diária, entretanto não é possível realizá-la com qualidade, devido à impossibilidade de esvaziar as celas, que contêm grande número de reclusos; este fato, juntamente com a insuficiente ventilação, torna o ambiente das celas propício ao adoecimento. Não há baldes e produtos de limpeza para realizar a limpeza das celas, há apenas vassoura e saco de lixo.

O acesso à água potável também é bastante insatisfatório. A água fica acondicionada em garrafas do tipo PET de 2 litros, disponíveis para todos que partilham a mesma cela. Não há copos individuais e a água é bebida diretamente da mesma garrafa. Para tomar banho, os encarcerados improvisam um chuveiro feito de garrafa plástica do

tipo PET de 2 litros acoplada a um cano, utilizado para evitar que seus pertences dentro da cela sejam molhados. Não há pia, logo utilizam-se do mesmo chuveiro improvisado para lavar as mãos. A água encanada é do chuveiro.

Os reclusos têm acesso a sabonete, escova e pasta de dente; assim, lavam tanto o corpo quanto o cabelo com sabonete e realizam a higiene bucal. Sendo que a água utilizada para realizar esses atos mencionados vem do chuveiro improvisado. Mas, apesar de tudo isso, há forte odor de suor em ambas delegacias, sendo que na masculina também há forte cheiro de cigarro, já que eles parecem fumar mais do que as mulheres. Os sabonetes também são utilizados para a lavagem de roupas, que são penduradas para secar todas juntas nas grades das celas.

A alimentação nas delegacias não pareceu balanceada, com muito carboidrato e sem diversidade, muitas vezes sem opção de salada. Não se observou a presença de frutas e sucos naturais. Bebidas observadas foram: café, água e em alguns momentos refrigerante. No café da manhã era oferecido pão com café apenas. E nas outras refeições predominou uma dieta rica em carboidrato, basicamente arroz com macarrão. Quando os visitantes levavam algum alimento, na maioria eram produtos industrializados e com predominância de carboidratos.

Os alimentos vinham em um recipiente de isopor, que os reclusos chamavam de “blindada”. Não se percebeu diferenciação de alimentos entre os reclusos, ou seja, não houve individualização no preparo das dietas conforme certas doenças requerem, como por exemplo, uma refeição com menor teor de sal para hipertensos, menor teor de carboidratos para diabéticos, ou outra restrição alimentar. Na maioria das vezes se verificou a mesma combinação de refeição por vários dias, ou seja, pouca variabilidade na montagem do cardápio. Desse modo, a alimentação de baixa qualidade e pouco saudável, associada ao precário abastecimento de água, também favorecem o adoecimento (MINAYO; RIBEIRO, 2016). Esta correlação foi mencionada em entrevistas também, como no trecho seguinte:

“Na rua é difícil você ficar doente, pois se alimenta bem”. (M23)

Acesso a medidas de prevenção

No período de estudo nestas delegacias, a única vacina fornecida foi a da campanha de vacinação contra a gripe. Especificamente para as reclusas femininas, além

da vacina contra a gripe, houve o incentivo e o fornecimento, por parte da equipe de saúde, de contraceptivo hormonal. No presente caso, mais do que método contraceptivo, o medicamento tem a finalidade principal de evitar a menstruação, sendo instruído o uso contínuo.

A suspensão da menstruação é incentivada pela equipe de saúde, possivelmente com o intuito de diminuir o desconforto das reclusas e facilitar a realização da higiene pessoal, posto que no ambiente de reclusão praticamente não há privacidade.

No estudo de Santos e Nardi (2014), realizado em Unidade de Saúde Prisional, a única ação preventiva promovida pela equipe centrava-se na vacinação. Percebe-se, portanto, que, paradoxalmente, há uma precariedade nas ações preventivas no grupo de pessoas privadas de liberdade nas delegacias, que, por tratar-se de uma população vulnerável, necessitaria de priorização deste tipo de cuidado.

Entretanto, também não se observou essa reivindicação por parte da população privada de liberdade. As ações de prevenção e promoção se apresentaram como necessidades não sentidas para essa população. Além disso, como explica Diuana et al. (2008), as representações das doenças inscrevem-se numa hierarquia de riscos em que se sobressaem os perigos de morte, relegando a um segundo plano a percepção das doenças e dos cuidados com a prevenção e a recuperação da saúde. Este foi um dos aspectos que surgiu nas entrevistas, exemplificado nas falas seguintes:

“Esse é o meu ponto de vista: doença é a morte!” (F18)

“Eu definiria doença como caso grave. Eu já sofri infarto, 4 pontes de safena.”
(M24)

Acesso ao profissional da saúde e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos no cárcere

A segurança nas delegacias era realizada pelos policiais, que faziam a escolta do recluso durante todo o percurso fora da cela, a separação deles entre as celas, de acordo com as determinadas facções criminosas, e a determinação do grau de periculosidade de cada um. A identificação do risco durante os atendimentos de saúde era partilhada pelos policiais e os agentes de cadeia e, no momento da consulta, quem garantia a segurança era o policial.

Ficou evidente, na presente pesquisa, o uso do atendimento à saúde como

elemento de negociação. Tanto os profissionais da delegacia masculina quanto da feminina utilizavam a restrição aos atendimentos de saúde caso houvesse risco de descumprimento de normativas das delegacias. Como exemplo, ouviu-se, em um dia de atendimento na delegacia masculina que *“caso não parem com a gritaria o médico vai embora”*, ou na feminina que *“se vocês não se acalmarem não terá atendimento”*.

O agente de cadeia, da mesma forma que o agente penitenciário no presídio, realizava um filtro aos atendimentos. Ele era o responsável por entregar os alimentos e utensílios aos reclusos e por localizar o recluso para os policiais ou outros profissionais, como advogado e equipe de saúde. Por ser o profissional que tem maior contato com os encarcerados, é a ele que os reclusos remetem suas demandas por atendimento de saúde, mas ocasionalmente a reclamação era feita diretamente ao profissional da enfermagem, durante a passagem pelas celas. Além disso, era o agente da cadeia quem localizava e preparava o encarcerado enfermo para ser encaminhado ao atendimento, junto da escolta policial.

A triagem do recluso, com relação ao atendimento de saúde, se dava pela avaliação informal da demanda de assistência por parte dos agentes de segurança, o que acabava por resultar em uma modulação do acesso. Havia também a influência que lideranças de grupos de detentos exerciam. E somado a isso, existia uma seleção pela própria equipe da saúde.

Diwana et al.(2008) e Sánchez, Leal e Larouzé (2016), encontraram resultados semelhantes no sistema penitenciário. Seus estudos evidenciaram que a assistência à saúde acaba funcionando como elemento de troca e negociação para manutenção da ordem e da disciplina no cárcere. Logo, o acesso dos presos ao atendimento à saúde, no sistema penitenciário, era mediado pelos agentes penitenciários e pelos próprios presos, contrariando a política que rege que esse papel cabe aos profissionais da saúde. Assim, o acesso ao serviço se torna desigual, frequentemente concedido segundo critérios alheios à saúde: a hierarquia dos presos e a decisão dos agentes penitenciários (DIUANA et,2008; SÁNCHEZ; LEAL; LAROUZÉ, 2016).

Nas falas de alguns participantes é possível explicitar a função dos profissionais da delegacia no atendimento em saúde:

“Aqui dentro a gente tem que chamar os guarda, né.” (F07)

“Eu pedia apoio só para os plantão (profissionais da delegacia) que estava trabalhando.” (M02)

Ao contrário do que foi identificado no estudo de Jesus, Scarparo e Lermen (2013) realizado no sistema penitenciário, em que os profissionais de saúde tinham dificuldade de acesso ao encarcerado, nas duas delegacias estudadas não aconteceu o mesmo. Nestas, a equipe da saúde determinava quantos reclusos seriam atendidos no dia, solicitava suas saídas para reavaliações, e a enfermeira tinha acesso direto às celas para realização da triagem. Assim, o profissional da saúde tinha um contato mais próximo ao encarcerado, o que foi confirmado pelos relatos dos reclusos:

“Já aqui passo bilhete (bilhete entregue ao agente de cadeia para resolver um problema de saúde), converso com a mulher (aponta a enfermeira) e tudo certo.” (M23)

“Vem a moça aí (referindo-se à enfermeira) e ajuda.” (F07)

Com relação ao controle do acesso à equipe de saúde, realizado pelos reclusos, observou-se que ocorria a partir de uma organização e negociação entre eles. Na delegacia masculina, o “líder” - recluso que exerce o papel de chefe da cela, selecionado conforme sua periculosidade e poder de mando sobre os demais – dava a decisão final sobre o que seria importante se queixar durante o processo de triagem (processo no qual cada um relatava seu problema). O “voz” - era um recluso escolhido pelo “líder”, responsável em repassar às pessoas externas à cela as necessidades dos encarcerados, conforme sua habilidade de comunicação. Era papel do “voz” repassar as queixas predominantes e as necessidades de medicamentos, conforme a anuência do “líder”. O encarcerado que tivesse uma necessidade não contemplada no pedido encaminhado, após permissão do “líder”, saía para consulta.

Uma possível explicação para múltiplas “triagens”, seria a oferta insuficiente de consultas pela equipe de saúde, obrigando-os a selecionar as pessoas a serem consultadas. Outra possibilidade era o medo de haver algum “X9” (traidor) no grupo, que poderia colocar em risco algum segredo interno. Esse receio foi mencionado por alguns encarcerados que temiam, ao deixar a cela, dar motivos para suspeita de traição por parte dos colegas de cárcere. Assim, para não levantar suspeitas e não oferecer risco ao grupo, preferiam selecionar as queixas comuns a todos e não sair da cela.

Não se identificou esse medo de traição entre as mulheres. Nenhuma delas referiu temor de ser considerada traidora por consultar individualmente. Uma possível explicação, seria a pequena quantidade de mulheres que fazem parte de facção criminosa, não havendo o perigo de desentendimentos entre grupos. Assim, conforme

Barroso; Bianchini (2013), as mulheres na maior parte das situações, foram presas por crimes relacionadas à Lei de Drogas e Entorpecentes, mas não são as protagonistas, que ainda continuam, na maior parte das situações, sendo os homens. As mulheres, raramente são chefe do tráfico, mantendo posição subalterna e realizando funções como: *vapor* (pessoa que prepara e embala as drogas); “mula” (indivíduos que geralmente não possuem passagens pela polícia e que realizam o transporte da droga); e “olheiro” (pessoas que se posicionam em locais estratégicos para vigiar as vias de acesso).

Outra possível explicação seria a menor frequência de visitas que as mulheres recebiam, fato observado e registrado em diário de campo, necessitando maior cooperação entre si para superar as dificuldades vivenciadas. Situação presente na fala da seguinte participante que demonstra a pouca presença da família:

“...porque eu não tenho advogado, eu não tenho, sabe, desespero total, então eu dependo que vocês venham aqui, depende de você, não tem como, depende de vocês mesmo, não tem família, né” (F18)

Já seguinte fala demonstra a cooperação entre elas:

“.. ela está doente da carne, do espírito, alguma coisa está doente né, a gente tem que ajudar ela” (F8)

Segundo Saldaña (2011), há abandono das mulheres por parte de seus parceiros e familiares, pois em geral não aceitam o fato de elas estarem em situação de privação de liberdade. Outra possibilidade seria, segundo Silva e Silva (2016), o fato de que as mulheres se preocupam mais com a família, como se evidencia nos dias de visita em presídios masculinos, nos quais se percebe que é maior a quantidade de mulheres visitando, pois realizam o papel de mães, esposas, filhas...

Outro aspecto a ser observado é que, como as mulheres estavam em menor número do que os homens, todas que apresentaram algum problema de saúde conseguiam atendimento.

Mais um aspecto que afetou o acesso ao atendimento à saúde foi o tipo de crime cometido pelo encarcerado. Alguns crimes não eram aceitos pela população privada de liberdade estudada, como, por exemplo, o estupro. Ficou evidente que os reclusos não gostaram quando se disponibilizou atendimento em saúde para um autor desse tipo de

crime. Observou-se que entre os reclusos masculinos, o estuprador não deveria ter direito às consultas de saúde.

No ambiente feminino, este fenômeno não foi observado de maneira explícita; porém, houve uma situação em que as reclusas demonstraram descontentamento com o atendimento a duas mulheres acusadas de latrocínio, dificultando seu acesso aos profissionais.

Existe, assim, uma separação, por parte dos reclusos, entre os crimes que são aceitos e outros que não são aceitos, e este conjunto de valores interfere no acesso aos cuidados de saúde.

Na delegacia existiu, ainda, reclusos que solicitaram atendimentos através da entrega de bilhetes ao agente, da mesma forma como ocorre na população carcerária de penitenciárias SANTOS; NARDI, (2014). Contudo, muitos reclusos das delegacias reclamaram da falta de efetividade com tal abordagem:

“No presídio eu mandava pipa (carta enviada pelos reclusos às pessoas externas à cela) pela manhã cedo, e às 11hrs eles atendiam. Já aqui, não adianta mandar pipa.” (M01)

“No sistema (penitenciário) eu tinha que mandar pipa para enfermaria para conseguir atendimento. Aqui não tem o que fazer, não adianta, tô preso.” (M05)

Houve, no entanto, participante que referiu êxito com esta prática quando associada ao acesso direto a membros da equipe de saúde:

“Já, aqui, passo bilhete (carta enviada pelos reclusos às pessoas externas à cela), converso com a mulher (aponta a enfermeira) e tudo certo.” (M23)

Na delegacia feminina, durante o período que se efetuou a pesquisa, não se observou a estratégia do bilhete. As reclusas costumavam falar diretamente com os profissionais, tanto da delegacia quanto da saúde.

Embora, entre as mulheres também exista a figura da “líder”, ela não interferiu no acesso ao atendimento à saúde, diferente do que ocorreu entre os homens. Percebeu-se maior solidariedade entre as mulheres, explicada por muitas pelo fato de que, devido à ausência da família que as visita, dependerem umas das outras para alcançarem alguma melhora da qualidade de vida naquele ambiente. Como exemplificado pela fala da

participante abaixo:

“A gente paga remédio uma para outra aí, principalmente aquelas que não tem ninguém aqui”. (F10)

O uso do bilhete não é um recurso muito utilizado para obtenção do atendimento dos profissionais da saúde nas delegacias estudadas. Provavelmente por oferecerem acesso mais fácil e direto por meio dos guardas e, em certos momentos, diretamente com a equipe de saúde. A equipe de saúde era formada por um médico, que variava conforme a Unidade de Saúde de referência da delegacia, e uma profissional da enfermagem, que atendia diversas delegacias da cidade.

Nas delegacias estudadas, os atendimentos eram realizados em um consultório improvisado, contendo mesa e cadeira para o profissional da saúde. Em ambas as delegacias não havia maca para realizar os atendimentos dos reclusos. Na delegacia feminina havia cadeira para sentar, já na masculina, eventualmente eles conseguiam uma cadeira, sendo os atendimentos na maior parte do tempo com o recluso em pé e o profissional da saúde sentado junto a uma pequena mesa que, também, é utilizada pelos advogados quando visitam seus clientes. Sendo que não havia reclamação, por parte dos reclusos, daquelas condições dos atendimentos e, em muitas falas, esteve presente o sentimento de gratidão:

“para mim tá bom, graças a Deus que vocês cai do céu, já ajuda a gente bastante” (M4).

“...pois aqui agora, para mim tá bom os atendimentos” (M20)

Os atendimentos às mulheres eram realizados em uma sala mais ampla, com várias cadeiras. Já, no caso masculino, era realizado em um local muito pequeno, parte do parlatório (onde o recluso conversava com o seu advogado). As anotações eram realizadas em um notebook, trazido pela enfermagem, e, posteriormente, transferidas para o prontuário eletrônico da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Dentre os procedimentos realizados destacavam-se as consultas, retirada de pontos, injeção de medicamentos e em algumas situações de extrema necessidade, a drenagem de abscessos. A esterilização dos materiais era realizada na Unidade Básica de Saúde de referência, a qual fornecia os insumos necessários para o dia de atendimento. Os resíduos de materiais utilizados nos procedimentos eram levados de

volta até a UBS para o descarte adequado.

Em ambas as delegacias se percebeu falta de um profissional da Odontologia. A falta de uma equipe completa de atendimento é descrita em outros estudos com população privada de liberdade (FERNANDES et al., 2014; VALIM; DAIBEM; HOSSNE, 2016), o que mostra a carência no atendimento integral a essa população.

Em muitas situações, essa carência foi motivo de reclamação, mais por parte da equipe de saúde do que pelos reclusos, pois o que muitos solicitaram foi a presença do médico regularmente como mencionado nas seguintes falas:

“... nós precisamos de médico. Na verdade, não temos banho de sol. Na parte de atendimento de saúde a gente precisa direto. Precisamos de médico mesmo, enfermeiro, remédio, nós não temos” (F06).

Conforme Assis (2017) , saúde deve ser estendida a todos os cidadãos independentes da condição em que se encontram. Desse modo, as pessoas privadas de liberdade devem ter o direito à saúde garantido de forma digna, humana, integral e universal. No entanto, a realidade vem deflagrando uma enorme incongruência entre o direito positivado e a aplicabilidade prática, conforme mencionamos anteriormente. Exemplos disso são: a impossibilidade de realizar exame ginecológico pela inexistência de material e maca disponíveis. Já, no caso, masculino, o fato de que raras vezes consegue uma cadeira para sentar e expressar o que o está incomodando com relação sua saúde. Faltando, assim, com a dignidade, humanidade, integralidade e universalidade nos atendimentos.

A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza os profissionais, o Estado se responsabiliza pela estrutura para se montar o consultório nas delegacias e o Ministério Público do Paraná fiscaliza o trabalho (RIBAS, 2011). Conforme Ribas (2011), o Programa de Atenção à Saúde de Presos Provisórios nos Distritos Policiais e Delegacias Especializadas de Curitiba, surgiu em novembro de 2008 a partir de iniciativa do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Proteção à Saúde Pública, com objetivo oferecer assistência médica e odontológica para a população privada de liberdade de Curitiba. No entanto, isso ainda não se concretizou, pois, até momento atual, não há sequer um consultório para atendimentos e há carência nos atendimentos odontológicos.

Alguns reclusos solicitam, também, um acompanhamento médico continuado e

regular, fato exemplificado pela fala abaixo de um dos entrevistados.

“Precisamos, na realidade, o acompanhamento médico com uma periodicidade de um médico ter a disposição de vir aqui” (M19).

Seria a garantia da longitudinalidade, um dos atributos centrais da Atenção Primária à Saúde descrito por Starfield, o acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de atenção primária em saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

É responsabilidade do Estado garantir os direitos de sua população, principalmente daqueles que se encontram impossibilitados de exercê-los plenamente. No caso de reclusos, deve-se levar em consideração que a maioria deles vem de camadas mais pobres e historicamente marginalizadas, portanto o acesso a direitos fundamentais garantidos pela Constituição, como o direito à saúde, encontra uma barreira ainda maior (VALIM; DAIBEM; HOSSNE, 2016).

Em Curitiba, as UBS que possuem alguma delegacia em seus territórios de abrangência são responsáveis pelo atendimento à saúde dos indivíduos ali encarcerados. Portanto, exceto a profissional de enfermagem que está presente em todas as delegacias, independente de vínculo com alguma Unidade Básica de Saúde, não existia uma equipe específica para atender à população privada de liberdade.

Nas delegacias estudadas, a equipe responsável pelo atendimento não contava com profissional de odontologia. No caso de alguma necessidade de atendimento odontológico, o recluso era deslocado para alguma unidade de pronto atendimento que oferecia o cuidado odontológico ou para a Unidade Básica de Saúde de referência da delegacia, como prevê o parágrafo segundo do Artigo 14 da Lei de Execução Penal (LEP).

Embora os atendimentos em saúde nas delegacias sejam de responsabilidade dos municípios, nem todos estão sensibilizados quanto à prestação da assistência à população privada de liberdade, bem como para preparar e capacitar seus profissionais para o atendimento. Somente em algumas unidades de saúde o atendimento aos detentos faz parte de sua programação mensal (BARROS; SOUSA, 2016).

O acesso aos cuidados à saúde nas unidades prisionais, parece estar mais bem estabelecido. As falas, a seguir, de participantes, que já cumpriram pena em presídio (chamados por eles de “sistema”), apontam diferenças em comparação com o das delegacias:

“No sistema eu mandava pipa pela manhã cedo e às 11 h eles atendiam. Todo dia tinha atendimento, remédio e, se fosse grave, levava para o CMP (Complexo Médico Penal) no mesmo dia. Lá o sistema funciona, já aqui é delegacia. No presídio tem atendimento médico de segunda a sexta e dentista uma vez por semana. Quando mandava pipa às 8 h, às 11 h já me levavam para o médico. Já aqui, não adianta mandar pipa, estou há 41 dias e é a primeira vez que vem alguém atender.” (M01)

“Já passei pelo sistema duas vezes... No sistema, lá é bem confortável, melhor que aqui, tem médico, tem enfermeiro, lá flui, lá o negócio flui.” (F06)

A frequência dos atendimentos médicos nas delegacias que fizeram parte dessa pesquisa, geralmente era quinzenal. Para os casos que necessitavam de algum cuidado emergencial não-odontológico, o complexo médico penal servia de referência.

Em ambas as delegacias estudadas, a pessoa privada de liberdade era escoltada durante todo o atendimento realizado pelos profissionais da saúde. Como havia poucos policiais, diante da quantidade de reclusos, escoltar o encarcerado para algum atendimento externo oferecia alto risco diante da possibilidade de fugas e rebeliões. A redução da equipe que permanecia na delegacia, gerada pela saída dos policiais que faziam a escolta da pessoa a ser deslocada para o atendimento em saúde, parecia favorecer a ocorrência de rebeliões. Situação relatada por agentes de cadeia que já foram vítimas de rebelião em situações na qual o número de profissionais era reduzido e por alguns policiais que em algum momento estiveram em alguma situação de motim dos reclusos nos períodos em que estavam em menor número para garantir a segurança. O pequeno número de policiais disponíveis para garantir a segurança durante o transporte e o atendimento, impedindo sua fuga, zelando pela integridade dos profissionais da saúde e dele próprio, também constituiu motivo de tensão.

Geralmente não ocorria a coleta de exames laboratoriais, salvo em situações de extrema necessidade, devido à dificuldade de transporte da pessoa reclusa para algum local de coleta específico, ausência de material para realizar as coletas na própria delegacia e ausência de transporte que garantisse a entrega do material até o laboratório de análises clínicas.

Conforme registros do diário de campo, verificou-se uma quantidade limitada de medicamentos disponíveis nos atendimentos nas delegacias, que se restringiam a poucos

tipos de analgésicos, antibióticos, pomadas para alergia e para tratamentos ginecológicos. Esses medicamentos eram trazidos da unidade de saúde pelo médico responsável pelo atendimento, pois não eram fornecidos diretamente às delegacias pelo Estado.

A quantidade e a variedade de medicamentos eram frequentemente insuficientes, exigindo por parte do médico um racionamento na distribuição entre os detentos para conseguir atender minimamente a todos. A variedade de medicamentos que os reclusos tinham acesso era a mesma da UBS. Caso o recluso necessite de algum medicamento que esteja disponível na UBS, mas não no momento do atendimento, o policial que leva os profissionais da saúde até a UBS, retorna com o medicamento para entregar ao recluso em questão. Os medicamentos não disponibilizados pelo sistema público eram trazidos pelos amigos ou parentes nos dias de visitas aos reclusos. Estudo de Minayo e Ribeiro (2016), apresentou achados semelhantes, demonstrando que a distribuição de medicamentos é precária no sistema prisional, cabendo às famílias, obtê-los, quando conseguem comprá-los. A fala a seguir demonstra que o mesmo ocorre nas delegacias investigadas no presente estudo:

“Hoje é terça, minha família trouxe o remédio domingo passado, mas ele acabou agora. Trouxeram alguns medicamentos como resfenol, uma pastilha, um dorflex e outros.” (M1)

Em uma entrevista realizada na delegacia feminina, foi citado que o acesso a medicamentos poderia ser obtido mediante a intervenção de um advogado:

“Para conseguir medicamento fora, só mediante advogados, né.” (F12)

Em casos nos quais o detento não dispõe das alternativas mencionadas, fica na dependência da ajuda de colegas, como mencionado pelos seguintes participantes:

“Dando remédio de um e o do outro aí.” (F10)

“Tem gente que é forasteiro, não tem visita, daí a gente ajuda o próximo, um ajuda o outro.” (M23)

Alguns dos participantes da pesquisa, nas delegacias estudadas, relataram que, paradoxalmente, aquela situação de privação da liberdade contribuía para a saúde, pois

dificultava o acesso a substâncias ilícitas, favorecendo assim a desintoxicação. Situação identificada também por Minayo e Ribeiro (2016), cujo estudo apresentou que uma parte dos presos considerou que sua situação de saúde até melhorou na prisão, por terem mais tempo para si, permitindo prevenir-se contra riscos à saúde.

Alguns participantes do presente estudo mencionaram ainda a satisfação com o atendimento nas delegacias:

“...aqui é mais fácil se cuidar, pois tem sacola toda terça feira, entra sacola de remédio, aqui é melhor.” (M23)

“No sistema (presídio) eu nem tinha atendimento, né. Então aqui (na delegacia) tá melhor, pois aqui tem atendimento.” (M20)

Com o SUS, conforme Barros e Souza (2016), há o direito ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. A exclusão formal desapareceu, mas permaneceu a iniquidade que se concretiza em decorrência de fatores como a desinformação, associada aos diferenciais de escolaridade, ou ainda da deformação em determinadas políticas públicas, que, em alguns momentos, dá margem a privilégios e discriminação. Existe, ainda, a questão do gasto público que está em desacordo com o próprio existir de um sistema público de saúde: o país adota um sistema tributário altamente regressivo, cuja taxa é sobre o consumo ao invés de ser sobre a renda e riqueza, ampliando as desigualdades antes mesmo da alocação dos recursos (BARROS; SOUSA,2016):

Desigualdade e iniquidade, também, estão presentes no sistema carcerário, que, por insuficiência de recursos e investimentos não contribui para a ressocialização dos presos. O Estado que tem o dever de assegurar os direitos e garantias dos detentos, infelizmente, acaba se tornando o violador das leis e dos mesmos direitos, submetendo os detentos a uma dupla penalidade: privação de liberdade, em função da pena, e desrespeito aos seus direitos fundamentais, decorrentes das más condições carcerárias, como: exposição a doenças graves, falta de assistência médica, etc (MEDONECKY,2014).

A qualidade da estrutura prisional não é homogênea. Há diferenças, tendo, como local de melhor qualidade a Unidade de Progressão da Penitenciária Central do Estado Paraná, conforme apontado por Martins(2018):

...o prédio é antigo e precário, mas limpo e bem cuidado, assim como as celas. Os muros estão pintados e alguns têm desenhos. Nalguns cantos, há vasos de flores.

No centro do pátio, o galpão de alvenaria em que os detentos recebem as visitas semanais está cercado por cortinas de plástico transparente, situação que não é realidade a nível nacional p[er] [sic], 2018.

Trata-se de uma população que não costuma ter acesso aos serviços públicos antes de cometer a infração, vivendo em condições nas quais o acesso aos serviços de saúde está negado, vindo a conhecer um dentista, médico ou psicólogo no atendimento à saúde, a equipe de saúde no sistema penitenciário, já dentro do sistema prisional (GAMEIRO, 2013).

Conforme Reis e Bernardes (2011), a população privada de liberdade tem o direito de acesso à saúde com os atendimentos equivalentes aos da população em geral, incluindo medidas preventivas. Entretanto, a assistência prestada à população detida não é igual à prestada à população em geral, mesmo que esta ainda seja deficitária. Além desses problemas, o mesmo autor, cita que após as dificuldades para conseguir o acesso, ainda, sofrem pelo preconceito dos serviços prestadores de assistência.

Conclusões

Com esta pesquisa foi possível compreender a realidade nestas duas delegacias em relação a ações de saúde. Ficou evidente que ambas comportam mais reclusos do que deveriam, contam com estrutura insuficiente para garantir a segurança e o funcionamento adequado, impacto experimentado também na saúde, com espaço para consulta inadequado e repercussão no acesso das pessoas aos cuidados por problemas de saúde. Além disso se percebeu limitação de medicamentos oferecidos, e escassez de medidas preventivas e de promoção à saúde.

Para possibilitar a recuperação da saúde, é necessário aumentar a oferta de medicamentos, tanto em quantidade quanto em variedade. É preciso disponibilizar um espaço adequado aos atendimentos, que ofereça boas condições de higiene, conforto e privacidade.

Conclui-se, portanto, que o acesso à saúde é bastante limitado para os reclusos das delegacias estudadas. As condições e o modo de vida nas cadeias são insalubres. A primeira ação efetiva de promoção da saúde seria a adequação dos espaços, no sentido da densidade populacional, existência de instalações, inclusive sanitárias, adequadas quanto à dimensão, ventilação, iluminação, limpeza e privacidade.

Apesar de todas essas limitações, para alguns detentos, o encarceramento ofereceu maior possibilidade de acesso, demonstrando que o sus ainda apresenta lacunas entre o direito estabelecido em lei e a concretização do mesmo

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, Mauro Martins. **Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista**. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 1, n. 26, p.93-100, jan. 2009

ARRUDA, Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de et al. **DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA**. Revista de Enfermagem, Recife, p.6646-6654, nov. 2013.

ASSIS, Luana. **As condições de saúde no sistema prisional brasileiro, 2017** acesso 21/01/19 disponível em :<https://canalcienciascriminais.com.br/condicoes-saude-sistema-prisional/>

BARSAGLINI, Reni. **Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v. 26, n. 4, p.1429-1439, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300019>.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS**. Saúde soc., São Paulo ,v. 25,n. 1,p. 9-18,Mar.2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 26Apr.2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>.

BARROSO, Marcela Giorgi, BIANCHINI,Alice **Mulheres, tráfico de drogas e sua maior vulnerabilidade: série mulher e crime, 2013** acessado em 19/02/19, disponível em <https://professoraalice.jusbrasil.com.br/artigos/121814131/mulheres-trafico-de-drogas-e-sua-maior-vulnerabilidade-serie-mulher-e-crime>

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União 2014; 2 jan

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. **Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde**. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 42, n. 6, p.1090-1096, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102008005000052>.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro**. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1029-1042, 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000700036>.

DIUANA, Vilma et al. **Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de**

segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.1887-1896, ago. 2008

FEKETE, M C. **Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos serviços de Saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário – Projeto GERUS / Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1995.

FERNANDES, Luiz Henrique et al. **Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário.** Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 48, n. 2, p.275-283, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004934>.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; MAGDALENO JÚNIOR, Ronis. **Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 1, n. 17, p.63-71, 2012.

GAMEIRO, Nathália. **Saúde no Sistema Prisional será tema de política pública.** Agência Focruz de Notícias. Rio de Janeiro: 31 de maio de 2013. Disponível em: <<https://www.agencia.fiocruz.br/sa%C3%BAde-no-sistema-prisional-ser%C3%A1-tema-de-pol%C3%Adtica-p%C3%Bablica>>. Acesso em: 21 fev. 2019

GODOY, Arlida Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** Revista de Administração de Empresas, [s.l.], v. 35, n. 2, p.57-63, abr. 1995. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-75901995000200008>.

JESUS, Luciana Oliveira de; SCARPARO, Helena Beatriz K.; LERMEN, Helena Salgueiro. **Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança.** Aletheia, Canoas, n.41,p. 39-52,ago. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 abr. 2019.

JUSTIÇA, Conselho Nacional de. **Levantamento dos Presos Provisórios do País e Plano de Ação dos Tribunais. 2017.** Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/84371-levantamento-dos-presos-provisorios-do-pais-e-plano-de-acao-dos-tribunais>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. **Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v. 25, n. 3, p.905-924, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000300012>.

MARTINS, Rafael Moro **Prisão em que detentos trabalham, estudam e são bem tratados faz reincidência criminal cair a 10%,** nov, 2018, acessado em 20/02/19 , disponível em :<https://theintercept.com/2018/11/13/prisao-pr-presos-trabalham-menor->

reincidencia/

MEDONECKY, Pamela. **O sistema penitenciário brasileiro. A discriminação da sociedade e a ineficácia da ressocialização, set, 2014** acesso 20/02/19, disponível em : <https://jus.com.br/artigos/32178/o-sistema-penitenciario-brasileiro>

MINAYO, Maria Cecília de Souza; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. **Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 21, n. 7, p.2031-2040, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>

Ministério público de Santa Catarina. **Liminar limita a três o número de presos na cela da Delegacia de Palhoça, 2009.** acessado em 22/02/19 disponível em <https://www.mpsc.mp.br/noticias/liminar-limita-a-tres-o-numero-de-presos-na-cela-da-delegacia-de-palhoca>

MOURA, Elisângela Santos de. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440>. Acesso em dez 2018.

NETTO, Santos Fiorini. **Breve noção sobre relaxamento de prisão por excesso de prazo.** Julho de 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/50659/quanto-tempo-o-reu-pode-ficar-presos-sem-julgamento>>. Acesso em: 20 fev. 2019

PÚBLICA, Ministério da Justiça e Segurança. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Junho de 2016.** 2016. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019

REIS, Cássia Barbosa; BERNARDES, Erica Bento. **O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis.** Ciência & Saúde Coletiva, n7, v. 16, p. 3331-3338, 2011.

RIBAS, Patrícia. Programa de Atenção à Saúde dos Detentos de Curitiba. Contexto, Curitiba, v. 1, p.6-7, mar. 2011

SALDAÑA, Paulo. **36% das mulheres presas em São Paulo nunca recebem visita.** 2011. Disponível em: <<https://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,36-das-mulheres-presas-em-sao-paulo-nunca-recebem-visita,731791>>. Acesso em: 22 out. 2018

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. **Conceitos de acesso à saúde.** Rev Panam Salud Publica, Si, v. 31, n. 3, p.260-268, 2012.

SÁNCHEZ, Alexandra; LEAL, Maria de Carmo; LAROUZÉ, Bernard. **Realidade e desafios da saúde nas prisões.** Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 21, n. 7, p.1996-1996, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08682016>.

SANTOS, Helen Barbosa dos; NARDI, Henrique Caetano. **Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso?** Physis: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v. 24, n. 3, p.931-949, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312014000300014>

SAÚDE, Ministério da. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2 ed. Série B. Textos Básicos de Saúde.** 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2017.

SILVA, Lucas Meneses de Santana e; SILVA, Bruno Medeiros. **Além cárcere: consequências metajurídicas da criminalidade feminina no Brasil. 2016.** Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/46571/alem-carcere-consequencias-metajuridicas-da-criminidade-feminina-no-brasil>>. Acesso em: 30 out. 2018.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. **Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva, Si, v. 7, n. 21, p.1999-2010, 2016.

SOUSA, Maria da Consolação Pitanga de et al. **Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura.** Rev Interdiscip. 2013;6(2):144–51

TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 39, n. 3, p.507-514, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102005000300025>.

VALIM, Edna Maria Alves; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; HOSSNE, William Saad.

Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. Revista Bioética, Si, v. 26, n. 2, p.282-290, jun. 2016

3.3 ARTIGO 2 – A QUESTÃO DE GÊNERO NA PERCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM DELEGACIAS DE CURITIBA

A Questão de Gênero na Percepção do Processo Saúde-Doença de Pessoas Privadas de Liberdade em Delegacias de Curitiba

RESUMO

O estudo envolveu reclusos provisórios de duas delegacias de polícia de Curitiba, uma caracterizada por população masculina e a outra feminina, com a finalidade de explorar as diferenças entre gêneros no ambiente de reclusão em delegacias a partir da observação participante e relatos individuais. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa com a realização de entrevistas abertas, observação participativa e diário de campo. Observou-se que o uso de violência por mulheres impressiona e o aumento da participação social culminou com sua maior participação na criminalidade. Há uma formação social semelhantes entre os homens e mulheres privados de liberdade. As mulheres, quando em reclusão, têm menor interação com o exterior, devido à menor presença de visitas. A percepção de saúde das mulheres apresentou uma visão mais ampliada e integral do que a percepção dos homens no geral. As reclusas se preocupam mais com promoção de saúde e prevenção de doenças do que os homens.

Palavras-chave: prisões, representações sociais, identidade de gênero.

ABSTRACT

The study involved temporary inmates of two police stations in Curitiba, one characterized by male population and the other female, with the purpose of exploring differences between genders in the detention environment in police stations from participant observation and individual reports. It was a qualitative research with the accomplishment of open interviews, participative observation and field diary. It was observed that the use of violence by women impresses and the increase of the social participation culminated with its greater participation in the criminality. There is a similar social formation between men and women deprived of their liberty. Women in seclusion have less interaction with overseas, due to less presence of visits. Women's health perception presented a broader and integral vision than the perception of men in general. Prisoners are more concerned with health promotion and prevention than men

Key-words: prisons, social representations, gender identity.

Introdução

Segundo Foucault, o sistema jurídico se baseia em um esquema de opressão através de contratos sociais, fornecendo uma “delimitação formal do poder” (Foucault, 1980). Historicamente, o processo de execução penal passou por fases em que o objetivo era o castigo físico e o suplício do corpo, com exibição pública da dor e do sofrimento; até que, a partir do século XVIII, tomaram lugar o isolamento e a privação de liberdade de condenados, vistas como formas mais “humanas” de punição. Assim, Foucault mostra que o castigo passa do ato de causar sofrimentos físicos insuportáveis para uma economia de direitos suspensos (FOUCAULT, 2003).

No Brasil atual, a Lei de Execução Penal (LEP), de julho de 1984, regulamenta que a execução penal tem por objetivo “efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” (BRASIL, 1984). Entretanto, o sistema prisional brasileiro falha em seu objetivo de recuperação social, uma vez que possui condições ineficientes e praticamente não proporciona cenários ressocializadores adequados, aprofundando a marginalização social desta população (MONTEIRO, 2016).

Para além da marginalização social causada pela privação de liberdade e por situações socioeconômicas, geralmente desfavoráveis, prévias à reclusão, recai, sobre a mulher privada de liberdade, uma terceira punição: os imperativos das normas de gênero, em um sistema historicamente patriarcal que impõe definições e prescrições do que é – ou deveria ser – a mulher (CARVALHO, 2017).

O Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) divulgou que, até junho de 2016, a população prisional feminina era de 42.355 mulheres, das quais 1.268 encontravam-se em delegacias, enquanto a população prisional masculina era de 665.482 – mais de 15 vezes o número de mulheres –, com 16.662 reclusos em delegacias. Das unidades prisionais brasileiras, 74% destinam-se aos homens, 7% ao público feminino e outras 17% são caracterizadas como mistas (JUSTIÇA, 2017).

O Infopen de 2016 mostrou que o Paraná, Estado em que se encontram as delegacias estudadas, possuía 9.320 homens privados de liberdade e 596 mulheres privadas de liberdade em delegacias (JUSTIÇA, 2017).

O mesmo documento reconheceu que o número de pessoas encarceradas em Secretarias de Segurança e Carceragens em Delegacias no Brasil é subnotificado devido a déficits de informações disponibilizadas pelos estados da federação. Mesmo com essa

subnotificação, havia um déficit de 359.058 vagas no Sistema Prisional Brasileiro em 2016 (JUSTIÇA, 2017).

Conforme explicita Silva (2015), a delegacia é uma unidade policial para o atendimento ao público, base e administração de operações policiais, investigações criminais e detenção temporária de suspeitos e presos em flagrante delito. Ou seja, na delegacia encontram-se as presas e os presos provisórios(as) que aguardam condenação, que são o foco deste estudo.

Ao abordar gênero de maneira historicizada, Pedro(2005) identificou que Robert Stoller propôs gênero como “sentimento de ser mulher” e “sentimento de ser homem”, assim, a identidade de gênero era mais importante do que as características anatômicas, não coincidindo com o “sexo”, pois haveria pessoas com anatomia sexual feminina sentindo-se homens, e vice-versa. Já para Joan Scott, gênero era constituído por relações sociais que se baseavam nas diferenças percebidas entre os sexos, constituindo-se interiormente de relações de poder. Logo, contrário ao Robert Stoller que referia que gênero era o sexo social/cultural e sexo se referia à biologia. Na sequência, Laqueur referia que foram as relações de gênero que instituíram o sexo. Para Butler, conforme Pedro(2005), houve a proposta da “teoria performática”, que a “performatividade” do gênero é um efeito discursivo e o sexo é um efeito do gênero, focalizou o sexo como resultado “discursivo/cultural”, questionando a constituição do sexo como “pré-discursivo”, logo antecedendo à cultura. Outra pesquisadora, Linda Nicholson, seguindo as discussões de Foucault, Laqueur e Butler, lembra segundo exposto por Pedro(2005):

...que separar sexo de gênero e considerar o primeiro como essencial para elaboração do segundo pode ser, como queriam as feministas dos anos setenta, uma forma de fugir do determinismo biológico, mas constitui-se, por sua vez, num “fundacionalismo biológico”. Isto porque “postula uma relação mais do que acidental entre a biologia e certos aspectos de personalidade e comportamento.” Ou seja, “funda” sobre o biológico aquilo que a cultura estabelece como sendo personalidade e comportamento de homens e mulheres. Assim, seguindo estas propostas teóricas, o sexo deixa de ser pensado como o significante sobre o qual se constrói o significado. O próprio significante é questionado em sua materialidade “neutra”. Nesta trilha, têm surgido trabalhos que focalizam a forma como a medicina lida com as crianças hermafroditas, ou melhor, quando os médicos “decidem” qual sexo será o “verdadeiro”, tendo por base o gênero. É assim que, em caso de dúvida, costuma-se dar à criança um “sexo” feminino. O que se está mostrando é a forma como as relações de gênero não só instituem o “verdadeiro sexo”, como atuam no regime de uma heterossexualidade obrigatória.
p92,2005

Assim, considerando o exposto, o presente trabalho explorou as diferenças entre homens e mulheres no ambiente de reclusão em delegacias de uma grande cidade brasileira a partir da observação participante e relatos individuais, para avaliar se tais

aspectos interferem na maneira de reclusos e reclusas perceberem aspectos de saúde e doença.

Metodologia

O presente estudo é de caráter qualitativo. Segundo Godoy (1995), quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de algum contexto de vida real, a metodologia qualitativa é o método mais utilizado.

A pesquisa qualitativa ocupa um reconhecido lugar entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes; desse modo, o fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, sendo assim analisado de forma integrada (GODOY, 1995). Sendo assim, nesta pesquisa optou-se por priorizar a profundidade ante a quantidade (TURATO, 2005).

A pesquisa foi realizada em duas delegacias, uma de reclusos masculinos e outra de reclusas femininas, selecionadas intencionalmente devido à facilidade de acesso do pesquisador, por prestar atendimento médico nas mesmas.

A pesquisa dispôs de duas ferramentas para a obtenção dos dados: a observação participante, com elaboração de diário de campo, no qual foram registrados aspectos como a relação dos reclusos e das reclusas entre si e com os profissionais da saúde e da delegacia, o manejo de cuidados de saúde, a maneira com que se realizava atendimento pela equipe de saúde e pelos funcionários da delegacia e a estrutura física. A frequência da observação foi, em média, de duas vezes por semana e ocorria durante as entrevistas, durante os atendimentos da equipe de saúde e durante os procedimentos aos quais os reclusos e as reclusas eram submetidos(as), como nas transferências para outros setores do sistema prisional, nas escoltas até o advogado, entre outros. O tempo de permanência na delegacia foi, em média, de 4 horas por visita. Os registros foram feitos em caderno de anotações e, caso ocorresse alguma situação que gerasse dúvida no pesquisador, a anotação era grifada e, posteriormente, esclarecida junto às pessoas envolvidas no atendimento naquele momento.

Outra ferramenta foi a realização de entrevistas abertas, gravadas em áudio e transcritas, integralmente, posteriormente. Primeiramente foi escrito um roteiro de entrevistas, que foi elaborado e discutido entre os pesquisadores e aplicado teste piloto para verificar se as perguntas disparadoras eram capazes de extrair as informações

necessárias dos entrevistados. Após o teste piloto, foram feitas mais algumas modificações no roteiro (apêndice C) para então se iniciar as entrevistas que seriam estudadas pela pesquisa. Na sequência, cada uma das entrevistas transcritas foi transformada em narrativa – tal escolha pretende mediar discurso e ação, conforme sugerido por Onocko Campos e Furtado (2008). Cada uma destas narrativas foi, posteriormente, avaliada por pelo menos 3 pesquisadores(as), considerado o grupo hermenêutico, visando garantir o que seria uma mediação entre a experiência e o discurso, mantendo uma postura hermenêutica, e garantindo a manutenção de sua temporalidade, ou meramente garantir lógica, duas importantes ressalvas feitas por Ricoeur (1997).

Além disso, neste caso específico, foi necessário, em alguns momentos, se valer de uma “tradução” do linguajar próprio, utilizado pelas pessoas reclusas e trabalhadores(as) das delegacias, de modo que o texto se tornasse compreensível a todos. Após este trabalho, obteve-se a narrativa em sua versão final. Não foi possível apresentar tais narrativas às pessoas entrevistadas, pois seria inviável para garantir o cuidado ético e a não exposição destas.

A quantidade de participantes a serem entrevistados(as) foi definida por saturação, portanto, a suspensão de inclusão de novos(as) participantes ocorreu quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na coleta (BARCELLOS e MAGDALENO, 2012).

Os convites para a participação no estudo às pessoas privadas de liberdade foram feitos reservadamente pelo pesquisador durante o momento de saída de cela para algum procedimento solicitado pelos policiais. Para evitar a exposição dos reclusos e reclusas, somente aqueles que seriam transferidos ou sairiam em liberdade foram convidados a participar. O anonimato foi preservado em todo momento das entrevistas e análise das mesmas. Para preservar a identidade dos(as) participantes e conjuntamente facilitar o reconhecimento de cada entrevista, optou-se por chamá-los de M (masculinos) e F (femininos), enumerando-os conforme a ordem em que foram entrevistados.

Durante as entrevistas estavam presentes apenas o pesquisador e a pessoa participante, o policial ficou externo de onde se realizou a entrevista. As entrevistas tiveram uma variação de tempo de 2 a 6 minutos. A população privada de liberdade costuma falar pouco e da necessidade de liberar o policial para suas atividades na delegacia o mais rápido possível, colaborando, também, com o pouco tempo das

entrevistas. Logo, foi fundamental complementar com observação participante e diário de campo.

Todas as pessoas participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, com o registro na Plataforma Brasil CAAE 80355317.0.0000.0102.

A coleta de dados ocorreu em um período de 6 meses, sendo realizadas 26 entrevistas: 13 participantes femininas e 13 participantes masculinos. Não foram incluídos no estudo pessoas que se recusaram a participar, pessoas com clara dificuldade cognitiva, ou que, no momento da entrevista, representavam algum risco para o entrevistador, segundo avaliação dos guardas locais.

A análise dos dados foi realizada através da leitura repetitiva das narrativas e diário de campo do pesquisador, na qual o foco foi identificar as possíveis diferenças nos discursos e percepções que indicassem diferenças em relação ao gênero das pessoas em reclusão de liberdade. Por fim, se construiu uma grade de análise, com as categorias que emergiram dos textos. Destas categorias foram extraídos os núcleos argumentais.

Resultados e Discussão

Conforme Araújo (2005), pelo menos nas sociedades ocidentais atuais, homens e mulheres se afastaram dos modelos estereotipados de gênero, desenvolvendo novas formas de subjetividade e livres das representações sociais vigentes.

Apesar de alguns avanços alcançados, houve relatos na literatura que não demonstraram tal avanço no sistema prisional, assim, existiu a necessidade de analisar como se materializou essa diferença de gêneros no ambiente de reclusão.

A Igualdade de Gêneros no Crime

Segundo Martins (2016), o uso da violência pelas mulheres impressionou, pois se trata de inverter o papel social de inferioridade e vitimização que lhes é atribuída.

Este fato foi observado na delegacia, com mulheres reclusas, estudada, na medida em que trabalhadores da delegacia ficavam chocados por terem, entre as reclusas, uma dupla que havia cometido um crime de homicídio.

Historicamente, as figuras femininas foram criminalizadas ao longo do tempo tendo vários pontos em comum: a baixa escolaridade, o subemprego, a marginalização social e a violência estrutural circundante, encaixando-as em determinados grupos sociais marginalizados (MARTINS, 2009). Analisar esses pontos em comum permite compreender os imperativos de seletividade e controle do sistema penal, que fabricam naturalizações e invisibilizam processos sócios históricos (CARVALHO, 2017).

Atualmente destacam-se dois perfis diferentes de criminalidade feminina. O primeiro, de uma mulher fragilizada e vitimizada, que entra no mundo do crime para ajudar seu companheiro, irmão, filho, ou seja, usa como justificativa a submissão a uma figura masculina; o segundo, de uma mulher que faz o crime por vontade autônoma e não se encaixa nesse papel de vítima, possuindo um perfil agressor e articulando-se de maneira a integrar o crime organizado (SANTOS, 2018).

A idealização da maternidade e o tabu social em relação à violência feminina com sua conseqüente negação subestimam a preocupação com os fenômenos violentos realizados pela mulher (VALENÇA et al., 2017).

Segundo Silva e Silva (2016), a aproximação do sexo masculino e feminino ocorrida no universo social acarretou, também, a proximidade dos sexos nas práticas dentro do universo criminal. Como consequência do aumento da atividade feminina no trabalho social e a semelhança de atividades entre homens e mulheres, houve uma

semelhança na prática delituosa entre os gêneros, já que hoje ambos compartilham das mesmas necessidades. Logo, segundo Bianchini (2011), verificou-se que a maior participação no espaço social representou uma das razões para o aumento da criminalidade feminina, sendo que o modelo social restrito em que as mulheres costumavam estar inseridas era a justificativa para a menor criminalidade antigamente.

Cotidiano no cárcere: ambiente e relações

Partindo das anotações do diário de campo, observou-se que há diferença no ambiente, no controle e nas relações das mulheres reclusas comparado aos homens.

Na delegacia feminina não há divisão entre as celas conforme a gravidade dos delitos cometidos, as celas são abertas, com apenas a porta central fechada, o uso de algemas é raro e as reclusas se acomodam com aproximadamente 25 mulheres no total na delegacia. Foi observado um clima tranquilo no geral, com a agente de cadeia ouvindo as queixas das detentas e a equipe de enfermagem sendo mais acolhedora quando em comparação com os reclusos masculinos. Há menos insegurança entre os profissionais ao trabalhar com o grupo feminino do que com o grupo masculino.

Na delegacia masculina, os reclusos eram divididos entre as celas conforme a gravidade dos delitos cometidos, havia cerca de quatro vezes mais reclusos na masculina do que na delegacia feminina. Ambiente mais agitado e tenso e com maior preocupação com a segurança, inclusive durante as consultas médicas, as quais eram mais rápidas para evitar risco de motim e devido ao maior número de solicitações por atendimento.

As taxas de comportamento violento são menores entre as mulheres do que entre os homens, o que explica a diferença entre o número de reclusos em cada delegacia (INFOPEN, 2016).

O diário de campo explicitou as relações das pessoas privadas de liberdade entre si: havia uma sociedade organizada dentro do cárcere, com hierarquias definidas, valores sociais, normas de condutas e de comportamento e linguagem própria. Tal linguagem com suas gírias próprias era mais difundida entre os reclusos masculinos. Havia também um sistema comercial em ambas as delegacias em que produtos trazidos pelas visitas viravam moeda de troca.

No que concerne a relação entre as pessoas reclusas, percebeu-se uma solidariedade maior entre as mulheres do que entre os homens, exemplificada na fala seguinte:

“Quando a colega está quieta está com algum problema né, daí a gente tem que ajudar.” (F8)

Na relação com os profissionais da saúde e da delegacia, evidenciou-se pelo diário de campo que mulheres estavam mais receptivas à ajuda; houve uma abertura maior por parte delas, predominando conversas mais amistosas e contribuindo para resultados mais favoráveis. Nas entrevistas elas se comunicaram melhor do que os homens e não houve clima de desconfiança. Já, os homens, só responderam o extremamente essencial quando entrevistados, e, em suas relações com os profissionais, havia clima de desconfiança e até ameaças.

Segundo Flores-mendoza (2000), as mulheres apresentaram maior facilidade em tarefas relacionadas a habilidades verbais do que homens durante as avaliações de habilidades cognitivas, por isso, as mulheres se comunicaram com maior facilidade do que os homens.

O aspecto emotivo é ressaltado frequentemente pelos profissionais da delegacia feminina, observado pelo diário de campo e exemplificado através das seguintes falas dos trabalhadores: “trabalhar com mulheres presas, tem que cuidar com o que fala, se não já começa a choradeira”, “não pode gritar muito como se faz com homem, pois mulher é muito escandalosa”.

Conforme Moura, Lopes e Silveira(2016), partindo do sistema patriarcal, os homens procuraram meios e modos de dominar a mulher, criando, assim, valores condicionados ao feminino: medrosa, supersticiosa, emotiva e apaixonada; tornando-a manipulável e dependente da figura masculina. Assim, compreendeu-se essa percepção dos profissionais da delegacia com as reclusas, pois, nesse ambiente predominou profissionais masculinos.

Gênero e Percepção de Saúde

Ao analisar e comparar as entrevistas das mulheres e dos homens, referentes à percepção de saúde, verifica-se que para os homens, comparados às mulheres, a saúde assume um caráter muito mais de bem-estar físico – apesar de outras visões mais integrais também estarem presentes em muitos relatos. A compreensão do processo de saúde de muitos homens foi voltada para o biológico acerca da autopercepção e do

comportamento humano, como o trecho a seguir cita:

“Já saúde é não ter nenhum tipo de doença, não é verdade? É fazer o exercício diário que dá para fazer, se exercitar, fazer flexão, se alimentar bem, tomar água.” (M2)

Entretanto, houve alguns relatos considerando uma definição menos biologicista de saúde, como o abaixo:

“E defino por saúde um bom atendimento médico, local adequado, dignidade, sem abalo do psicológico.” (M24)

A percepção de saúde das mulheres apresentou uma visão mais ampliada e integral do que a percepção dos homens no geral. A visão feminina de saúde considerava mais frequentemente aspectos relacionados à saúde mental e social, à liberdade, produtividade, capacidade de comunicação e ao sentido da vida. No diário de campo percebeu-se que as participantes femininas tiveram mais dificuldade em definir o que consideram saúde, talvez por ter em mente este conceito mais amplo, sendo mais difícil de verbalizar. Esta percepção ampliada de saúde das mulheres já foi observada em outros estudos, por Mamede (1993) e Martins et al. (2014).

A fala a seguir demonstra este sentido de saúde ampliado:

“E saúde para mim é coisa boa, que seria ajudar o próximo, você ter saúde, você ter disposição, você poder trabalhar, você poder viver sua vida com saúde, fazer um monte de coisa.” (F8).

Adiante uma fala referente ao conceito de saúde ligado à liberdade, o que poderia ser interpretado como contrastante a seu estado de privação de liberdade atual:

“E saúde seria você estar vivo, você respira, você vai, você vem.” (F9).

Como já discutido, muitas definições do que seria saúde e estar saudável enalteciam a liberdade, o humor, e a capacidade de comunicação e de extroversão, tanto em entrevistas de mulheres quanto de homens privados de liberdade:

“Eu vejo [na pessoa saudável] que ela está sempre alegre, sempre rindo, conversando” (M05).

Estas respostas contrastaram com observações no diário de campo, em que se observou que as pessoas presas são caladas, introvertidas, falando somente o necessário. Tal observação sugere que as pessoas que vivem em situação de privação de liberdade não se consideram saudáveis – mesmo que inconscientemente – pois, seus ideais de saúde e seus comportamentos no ambiente do cárcere foram divergentes.

“(...) Pra gente que vive aqui nesse lugar, assim, é difícil descrever a pessoa que tá com saúde, porque é muito.. o psicológico da pessoa também, muda muito, a pessoa muda muito, a força da pessoa muda muito.” (F11)

“Para mim todo mundo é doente, não existe quem não tenha, só que muitas vezes ela não está aparecendo. Quando a gente cai aqui aflora bastante as doenças, a cabeça fica suscetível, daí começa aflorar. Eu já percebi isso, todo mundo cai aqui, aconteceu comigo, nunca tive problema de pressão comecei a ter problema de pressão.” (M25)

Esses trechos, juntamente com as anotações do diário de campo, demonstraram que a privação de liberdade é adoecedora por inúmeros fatores: restrição de liberdade, superpopulação, ambiente hostil e insalubre, falta de higiene do local e alta prevalência de doenças infectocontagiosas são algumas condições que inviabilizam a vida digna e contribuem para tal adoecimento.

Apesar de a percepção de saúde na esfera psicológica estar presente em relatos de ambos os gêneros, não houve procura por atendimento médico devido a queixas psíquicas, pois o sofrimento psíquico, ainda que citado, parece não ser percebido como motivo suficiente para suscitar a assistência à saúde ou para evidenciar que algo não vai bem, algo já apontado em outra pesquisa (DIUANA et al., 2008).

Adentrando uma outra categorização, Silva e Ferreira (2013) esclarecem que o fenômeno da saúde é visto como um fato, um atributo, uma função orgânica ou uma situação social, envolvendo determinados juízos de valor na medida em que pode ser definido negativa ou positivamente. Negativamente, a saúde significaria ausência de doenças, riscos, agravos e incapacidades; positivamente, denotaria desempenho, funcionalidades, capacidades e percepções.

Tanto reclusas quanto reclusos representaram a saúde como aspectos positivos e

negativos. Quando comparados com as mulheres, os homens tenderam a atribuir mais a saúde como ausência de aspectos negativos – apesar de alguns definir positivamente. As mulheres focaram mais em definições positivas do que os homens. Assim, enquanto para eles a saúde era bastante definida pela ausência de dor ou doença, elas trataram a saúde mais como “está sorrindo”, “está bem”. Esses resultados não foram unânimes, tendo atribuições diversas ao conceito de saúde em ambos os gêneros, entretanto foram preponderantes.

Saúde definido com aspecto positivo por mulheres esteve presente em outros estudos que as abordaram, como Mamede, Bueno e Bueno (1993), verificaram em sua pesquisa que as mulheres perceberam saúde como algo que foi além do biológico e da ausência de doença.

Cabacinha et al. (2014) identificaram em seu estudo a presença do aspecto negativo nos homens ao perceberem saúde, pois boa parte dos pesquisados refeririam saúde boa pelo fato de não apresentarem doenças, semelhante ao encontrado em homens privados de liberdade.

Gênero e Percepção de Doença

Ao analisar as entrevistas masculinas e femininas referentes à percepção de doença, observou-se que, para ambos, pessoas doentes se mostram mais tristes e caladas. Para identificar um doente, os reclusos fazem uma análise de como a pessoa é, age e se comporta normalmente e, caso não agindo conforme o habitual, pensam em um possível adoecimento. Percebe-se que – para boa parte dos reclusos masculinos – apenas a mudança de comportamento não é suficiente para referir que uma pessoa está doente, necessitando também apresentar algum sintoma físico, como nas entrevistas:

“Você vê seu amigo brincando e conversando, daí, depois, ocê vê quieto, daí sabe que ele tá ruim. A gente vê quando tá quieto, tá com febre, tá com dor , reclama, a gente vê um colega tá doente” (M24)

“Se ele ficar meio quietão assim, com dor, ele está doente, às vezes ele fica quieto daí eu ia perguntar se está com algum problema, com dor, alguma coisa.” (M02)

Quando se discute normalidade, conforme Bentes e Hayashi (2016) caracterizá-la exigiria estabelecer padrões e elencar características que possam enquadrar a pessoa como “normal”. Segundo Bentes e Hayashi (2016), contudo, esse processo é imposto por um determinado grupo social como a única forma válida aos demais indivíduos. Ao contrário do que se observa nas falas dos participantes, pois eles tentam identificar a pessoa, ou seja, individualizá-la, para depois disso, considerar o que seria “normal” para aquela pessoa, e somente então identificar o que seria doença para aquele indivíduo. Talvez, por estarem em um ambiente no qual não há privacidade, o individualizar seja um aspecto muito importante, pois esta seria uma garantia de individualização possível, dentro de uma instituição que tende a gerar a mortificação do eu, descrita por Goffman.

Entre as mulheres foi mais comum referirem a doença associada a questões emocionais. Em diversos momentos, ao realizar os atendimentos, ou no processo observacional da pesquisa, era frequente se deparar com uma mulher que estava chorando quando conversava com outra colega de cela ou com algum(a) profissional da delegacia. Durante as consultas, diversas mulheres choraram, ou seja, é mais fácil observar a evidência de tristeza entre as mulheres do que comparados aos homens. Talvez seja pelo fato de, dentro dos presídios, a depressão ser mais prevalente entre as mulheres, como presente no estudo de Constantino, Assis e Pinto (2016), ou à masculinidade na prisão não reproduzir padrões de relação tidos como femininos, ou seja, falar demais de sentimentos, fraquezas e medos, como demonstrado por Santos e Nardi (2014). Além disso, quando as reclusas tentavam retratar o que seria uma pessoa doente, citavam alguém triste, isolada e quieta, mesmo na ausência de sintomas físicos:

“Se uma colega está doente, eu vejo desânimo, porque se você conhece a pessoa há muito tempo e de um dia pro outro ela fica desanimada, com vontade de fazer mais nada, assim sabe? Daí eu acho que cada dia vai piorando.” (F11)

“Uma colega doente fica quieta, mais quieta. Ela fica quieta no canto, assim, sem conversar com ninguém, isolada sabe.” (F12)

Para as mulheres, pessoa doente envolve sentimento de tristeza, associado ou não à dor e diminuição da comunicação com outras colegas, pois, segundo Lima et al (2013), a prisão para a população feminina implica em problemas ainda mais impactantes, a exemplo da maior estigmatização social e altos níveis de problemas de saúde com ênfase no sofrimento mental.

Ao conversar sobre o que é doença, percebeu-se maior dificuldade entre os reclusos em dar uma definição. Os homens indicaram mais a apresentação de sintomas em seus discursos, tanto físicos quanto psíquicos:

“Doença para mim é dor, mal-estar e desconforto;” (M01)

“Definir doença é difícil(risos), é mal estar, é uma coisa que você percebe não tá na normalidade do teu organismo...” (M22)

Assim como os homens, as reclusas também apresentaram dificuldades em definir doença, entretanto, elas usavam mais termos médicos que os homens, trazendo mais nomenclaturas de doenças e de diagnósticos:

“Doença é complicado, doença é... Como posso falar? É uma aids, diabetes, doença do coração.” (F09)

“Doença... definição de doença? Rinite é uma doença? É uma doença.. o cancer é uma doença” (F14)

Mesmo que em ambas as delegacias encontremos uma dificuldade em definir doença, isso não se deve ao fato da reclusão em si, mas algo prévio, relacionado com o fato desta população já ser marginalizada antes da reclusão, com pouca educação e frequentemente na linha da pobreza. Sendo como relata Soares e Bueno (2016), que o perfil demográfico da população prisional brasileira decorre da marginalização histórica, da falta de políticas públicas inclusivas, da baixa escolaridade, da pouca perspectiva de futuro e da cultura da violência.

Em ambas as delegacias os reclusos citaram a falta de liberdade como doença:

“Para mim, doença é uma coisa que você não consegue mudar, uma condição que a gente está preso dentro de uma doença, que a gente precisa de alguma coisa para se libertar. A doença não é uma escolha, é uma condição química que não está ajustada, talvez no nosso cérebro, que faz eu ficar com raiva e surtar” (M03)

“Doença é para mim, vou falar a verdade, é doença da alma, é tristeza, é angústia, é querer abraçar o mundo, você querer fazer as coisas e não dá, seria isso pra mim.” (F08)

Segundo Martins (2014), a saúde para os reclusos não se limita apenas à ausência de doença – sendo ela física ou mental – mas o processo é determinado também por outras condições como a liberdade, família, trabalho e respeito ao próximo. Para garantir acesso à saúde de qualidade, não se deve apenas garantir serviços públicos de qualidade, mas também cessar com a lógica punitiva da privação de liberdade.

Busca pelo Atendimento de Saúde

Foi possível analisar que alguns, dentro da população privada de liberdade, procuravam auxílio no sistema de saúde particular, mas a maior parte procurou atendimento é na rede pública:

“Fora daqui eu procurava atendimento médico nos postos de saúde. Aqui dentro a gente tem que chamar os guarda né.” (F16)

Os homens não apresentavam o cuidado com a saúde antes da reclusão, não buscando atendimento médico com frequência, apenas quando sentiam dor ou outros sintomas que não melhoravam com o tempo ou tratamento caseiro:

“Quando eu estava fora daqui eu procurava atendimento indo no posto de saúde, isso acontecia quando eu tinha dor frequente, ferida no corpo.” (M02)

“Fora daqui eu procurava ajuda em último caso, não fazia preventivo.” (M19)

Segundo Schraiber e al. (2010), os homens tendem a retardar ao máximo a busca por assistência na saúde e só o fazem quando os medicamentos e tentativas caseiras não solucionam o problema. Já as mulheres, não esperam a doença se manifestar, indo ao médico para prevenção e diante do menor dos sintomas. Para Gomes et al (2007) isso ocorre devido a aspectos culturais, como a representação do cuidar como tarefa feminina e a “invulnerabilidade masculina”.

Embora as mulheres considerem sintomas psíquicos como doença, elas não buscam atendimento médico para tais problemas. A maioria das pacientes, segundo diário de campo, buscam atendimento visando a medicina curativista, atrás de tratamento medicamentoso e serviços de saúde para morbididades preexistentes ou sintomas físicos, assim como visto por Santos (2017). Levando em conta que o acesso a médicos na delegacia é dificultado, já que dependem não apenas da busca direta, mas também da

burocracia, avaliação de real necessidade pelos guardas e enfermeira e aceitação das outras reclusas para a busca (como visto no diário de campo), as mulheres se sentem mais desassistidas que os homens, já que estes já não buscavam tanto atendimento médico previamente à reclusão.

As mulheres apresentaram maior conhecimento dos termos médicos, alguns citados nas entrevistas: “aids, diabetes, enfisema pulmonar” (M09), “câncer, rinite; depressão” (M14), “tuberculose” (M17); pois, as mulheres apresentavam uma maior busca por atendimento médico (GOMES, 2007), maior quantidade de campanhas de prevenção de doenças para o sexo feminino (BOTTON e STREY, 2017) ou a cultura patriarcal que atribui às mulheres as responsabilidades pelos cuidados básicos com a saúde da família (COURTENAY, 2000).

Devido ao ambiente insalubre e a dificuldade por acesso ao atendimento na privação de liberdade, algumas reclusas ainda buscam cuidar da própria saúde através de ações de promoção a saúde individual, como observado pelo diário de campo, no qual se evidenciou mulheres preocupadas com a maneira de fazer a limpeza de celas, lavagem de roupas e onde deixá-las para secar. Além de um desejo, por parte delas, de vacinar-se contra a gripe no período da campanha de vacinação. Situação não percebida com maior impacto no ambiente masculino. Aspecto, também, visto por Santos (2017), como cuidados com a alimentação, exercícios físicos e hidratação.

A mulher invisível

Tanto homens como mulheres dependem de suas famílias e de pessoas fora das delegacias, conforme ilustrado nos fragmentos abaixo:

“(...) porque eu não tenho advogado, eu não tenho, sabe, desespero total, então eu dependo que vocês venham aqui, depende de você, não tem como, depende de vocês mesmo, não tem família, né.” (F18)

“Já aqui dentro realmente eu não sei, depende de vocês, se vocês não vier a gente fica desse jeito, fica largado.” (F17)

“Se você não tem família, você morre aqui dentro!!!” (M1)

Observou-se que as mulheres privadas de liberdade recebem menos visitas nas delegacias, de familiares ou pessoas próximas, do que os homens. Há maior

movimentação de pessoas visitando os reclusos masculinos, levando a “sacola” - como os encarcerados se referem aos itens de higiene pessoal, mantimentos, roupas e cigarro que são levados no dia de visita por familiares e amigos para os detentos – do que entre as reclusas. Segundo o trabalho de Frinhani (2005), percebe-se que muitas mulheres se sentem abandonadas pela família, principalmente por marido e companheiro. Quando recebem visitas, normalmente são de outras mulheres, como a mãe, filhas e irmãs. Segundo Saldaña (2011), há um abandono das mulheres por parte de seus parceiros e familiares, que no geral não aceitam o fato de elas estarem em situação de privação de liberdade. Outro aspecto levantado por Silva e Silva (2016), é que as mulheres tendem a se preocupar mais com a família, por isso, nos dias de visita em presídios masculinos, é maior a quantidade de mulheres visitando.

Somado a isso, muitas mulheres perdem a guarda dos filhos enquanto reclusas (CARCERÁRIA, 2018). Um exemplo retirado do diário de campo, foi o de uma reclusa cujo cuidado em saúde era realizado pelo pesquisador antes de sua reclusão e, ao ser presa, perdeu por completo o contato com suas filhas. Familiares assumiram os cuidados e não informaram à mãe onde estavam suas crianças.

Percebeu-se que algumas mulheres não achavam ruim não receber visita; comentavam que tinham vergonha da situação em que se encontravam. Fato também relatado por Cruz (2018), em seu estudo muitas mulheres preferiam não receber visitas por vergonha. Frinhani (2005) mostrou que muitas detentas também acham muito “humilhante” a revista pelas quais as visitas passam, achando melhor que elas não apareçam.

As visitas são importantes pois, segundo França e Pontes (2016) os laços mantidos com a família são benéficos para o recluso, porque ao manter contato com pessoas externas ao sistema de reclusão, sente-se que não foi excluído da comunidade. É também um suporte para as adversidades do cárcere e estímulo para reintegração social. Além do mais, conforme Viana (2011), a visita da família tem uma importância para diminuir o processo de prisionização, que seria o processo de socialização, no qual o recluso adquire costumes e hábitos no ambiente de privação de liberdade.

Não é importante apenas com relação aos aspectos emocionais, mas também com a qualidade de vida dentro das celas, pois é nesses momentos que os familiares levam utensílios que os reclusos necessitam. Segundo Queiroz (2018), há relatos de muitas mulheres privadas de liberdade que não recebem nenhuma ajuda da família e dependem exclusivamente do Estado. Não recebendo itens que podem proporcionar pequeno

conforto e, simbolicamente, afeto.

A rejeição moral é muito maior para com as mulheres que para os homens (CRUZ, 2018). Pois, como a visita seria uma oportunidade de comunicação com o ambiente externo, diminuindo a sensação de reclusão, logo, permitindo a diminuição do processo de prisionização e da sensação de exclusão, permite à pessoa privada de liberdade ter um suporte para conseguir lidar com o aprisionamento. Mas, como as mulheres recebem menos visitas, há um processo de condenação maior do que comparado aos homens, logo, existe o peso da condenação jurídica e social.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo não pode ser generalizado para todas as delegacias, já que cada uma apresenta diferentes profissionais médicos e diferentes tipos de reclusos. Cada delegacia é responsável por trabalhar com crimes diferentes, apresentando, assim, características diferentes. Logo, para haver uma representatividade maior, e com isso resultados mais amplos, é necessário realizar a pesquisa também em outros estabelecimentos policiais.

Para não dificultar a organização do serviço e, também, devido à característica de falar pouco, da maioria dos reclusos, as entrevistas foram feitas de maneira rápida. Com isso, não foi possível aprofundar, ao máximo, detalhando as questões com cada participante

Por fim, há o viés do pesquisador: pelo fato de trabalhar com esta população e estar habituado a este cotidiano, há a possibilidade de que muitas informações tenham sido coletadas com um olhar “viciado”, ou que muitas questões, naturalizadas, não tenham sido devidamente valorizadas ou destacadas.

Conclusão

Nas delegacias há uma formação social semelhante entre os gêneros, mas não se verificou a divisão das reclusas por crimes como ocorre na delegacia masculina. No ambiente da delegacia observou-se, ainda, que na delegacia feminina as relações tanto entre as reclusas quanto entre os(as) trabalhadores(as) da delegacia e da saúde eram menos hostis.

Foi verificado que existia uma menor participação da família no cotidiano das reclusas, ao contrário do que ocorre com os reclusos masculinos, na qual a família está mais presente. Assim, caberia um trabalho para facilitar o contato da família com a reclusa, para, desse modo, diminuir o processo de prisionização e da sensação de exclusão por parte da pessoa privada de liberdade.

Observou-se uma maior preocupação por cuidados de saúde pelas reclusas do que pelos reclusos no momento prévio à reclusão. A preocupação com promoção e prevenção de saúde foi mais evidente entre o gênero feminino, talvez por haver o aspecto cultural da representação do cuidar como uma tarefa feminina.

A percepção de saúde das mulheres apresentou uma visão mais ampliada e integral do que a percepção dos homens no geral. Elas ressaltaram mais aspectos relacionados à saúde mental, à liberdade, enfim, aspectos mais relacionados ao conceito de saúde de sendo o bem-estar biopsicossocial preconizado pela OMS.

Ao analisar as entrevistas masculinas e femininas referentes à percepção de doença, observou-se que, para ambos, pessoas doentes se mostraram mais tristes e caladas, sendo que muitas vezes relacionavam a saúde à extroversão e à comunicatividade. Isso ressalta um lado extremamente problemático em relação como a privação de liberdade é conduzida no país: não há um aspecto socializador como é o idealizado em documentos nacionais, e sim opressão e condições subumanas de vida, que adoecem os indivíduos e tolhem suas capacidades individuais e sociais.

Há uma necessidade de realizar outras pesquisas com essa população para ampliar conhecimentos sobre sua demanda e a repercussão da reclusão na própria saúde e na maneira que se dá a percepção do processo saúde-doença. Assim, é possível ao serviço de saúde alcançar uma efetividade maior ao trabalhar com esse grupo, articulando o cuidado de reclusos e reclusas com profissionais de diferentes áreas, como psicólogos (as), terapeutas ocupacionais, educadores (as) físicos, entre outros.

O ampliamiento de pesquisas relacionadas às pessoas privadas de liberdade também é necessário na medida em que poderemos compreender melhor o caminho que tais pessoas seguiram para chegar em situação de privação de liberdade. Ao se compreender esse trajeto, é possível criar ações mais efetivas na prevenção e ressocialização adequada, o que possui um papel extremamente necessário para a sociedade, na medida em que diminuirá a reincidência de pessoas ao crime, e, portanto, diminuirá a própria violência.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Maria de Fátima. **Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate**. Psicol. clin., Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 41-52, 2005.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007, pp. 82.

BÄCKSTRÖM, Bárbara **Saúde E Doença Enquanto Construções Sociais: A Questão Das Incapacidades E Das Desigualdades Em Saúde**. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/75980859.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2018

BARBOSA, Mayara Lima et al. **Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 18, n. 4, p. 586-592, 2014.

BARCELLOS Fontanella BJ, MAGDALENO Júnior R. **Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas**. Psicologia em Estudo. 2012;17(1).

BENTES, JosÉ Anchieta de Oliveira; HAYASHI, Maria Cristina Piumbato Innocentini. **Normalidade, diversidade e alteridade na história do Instituto Nacional de Surdos**. Revista Brasileira de Educação, [s.l.], v. 21, n. 67, p.851-874, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-24782016216744>

BIANCHINI, Alice. **O crescente aumento do papel da mulher no universo criminal**. 2011. Disponível em: <<https://professoraalice.jusbrasil.com.br/artigos/121814124/o-crescente-aumento-do-papel-da-mulher-no-universo-criminal>>. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. **Lei de execução Penal. Lei nº 7210 de 11 de julho de 1984**. BRASIL. Rio de Janeiro. Regulamento Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro. Lei.

BOTTON, Andressa; CÚNICO, Sabrina Daiana; STREY, Marlene Neves. **Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias**. Mudanças—Psicologia da Saúde, v. 25, n. 1, p. 67-72, 2017.

CABACINHA, Raissa de Oliveira Martins et al. **Social demographic aspects and self-**

referred health conditions of men attending a health care unit. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, [s.l.], v. 15, n. 5, p.804-811, 21 out. 2014. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000500010>.

CARCERÁRIA, Pastoral. **“Penitenciárias São Feitas Por Homens E Para Homens”**. Disponível em: <http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2012/09/relatorio-mulherese-presas_versaofinal1.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

CARVALHO, Daniela Tiffany Prado de; MAYORGA, Claudia. **Contribuições feministas para os estudos acerca do aprisionamento de mulheres.** Revista Estudos Feministas, vol. 25, núm. 1, janeiro-abril, 2017, pp. 95-112.

CUNHA, Bárbara Madruga da. **Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero.** 2014. Disponível em: <<http://www.direito.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2014/12/Artigo-Bárbara-Cunha-classificado-em-7º-lugar.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2018

CONSTANTINO, Patricia; ASSIS, Simone Gonçalves de; PINTO, Liana Wernersbach. **O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 21, n. 7, p.2089-2100, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.01222016>

COURTENAY WH. **Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health.** Soc Sci Med 2000; 50:1385-401

CRUZ, Luana. **Amor bandido é chave de cadeia: estudo sobre mulheres encarceradas em Minas Gerais.** Disponível em: <<http://minasfazciencia.com.br/2018/04/16/amor-bandido-e-chave-de-cadeia-estudo-sobre-mulheres-encarceradas-em-minas-gerais/>>. Acesso em: 23 out. 2018 a

CRUZ, Maria Teresa. **Mulheres presas têm 20 vezes mais chance de se suicidar do que população em geral.** Disponível em: <<https://ponte.org/mulheres-presas-tem-20-vezes-mais-chance-de-se-suicidar-do-que-populacao-em-geral/>>. Acesso em: 23 out. 2018.b

DIUANA, Vilma et al. **Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil**. Caderno de Saude Publica, Rio de Janeiro, v. 8, n. 24, p.1887-1896, ago. 2008.

FERRARI, Rodrigo. **Vida em presídio tem 'comércio paralelo'**. 2008. Disponível em: <https://www.jcnet.com.br/editorias_noticias.php?codigo=128129&ano=2008>. Acesso em: 23 out. 2018

FOUCAULT, Michel. 1980. **Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1980**. Editado por Colin Gordon. New York: Pantheon Books.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: a História da Violência nas Prisões**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

FLORES-MENDOZA, Carmen. **Diferenças intelectuais entre homens e mulheres: uma breve revisão da literatura**. Psicólogo Informação, Si, v. 4, p.25-34, 2000

FRANÇA, Evaneide Elias de; PONTES, Raimunda Sheila Sousa. **O direito de visita do preso**. 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/46023/o-direito-de-visita-do-preso>>. Acesso em: 31 out. 2018.

FRINHANI, Fernanda Magalhães Dias. **Mulheres encarceradas e espaço prisional: uma análise de representações sociais**. Revista Psicologia-Teoria e Prática, v. 7, n. 1, 2005.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 1, n. 21, p.200-206, fev. 2005.

GODOY AS. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. Rev Adm Empres. 1995;35(2):57-63

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 200

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** Cadernos de Saúde Pública, v. 23, p. 565-574, 2007.

GOMEZ, Paloma Ferrer; GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero de; MOREIRA, Rita Simone Lopes. **Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros.** Rev Bras Enferm, Brasília, v. 5, n. 64, p.925-930, set-out 2011.

JUSTIÇA, Conselho Nacional de. **Levantamento dos Presos Provisórios do País e Plano de Ação dos Tribunais. 2017.** Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/84371-levantamento-dos-presos-provisorios-do-pais-e-plano-de-acao-dos-tribunais>>. Acesso em: 29 ago. 2017

LIMA, Eliana Oliveira Pedreira. **A Vida No Cárcere E A Atenção À Saúde Dos Detentos No Centro De Detenção Provisória Dr. Luis César Lacerda De São Vicente/Sp.** 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, Santos, 2013

MAMEDE, Marli V.; BUENO, Juliana V.; BUENO, Sônia M. V.. **Percepção da condição de saúde entre mulheres.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 46, n. 2, p. 95-100, jul. 1993.

MARTINS, Simone. **A Mulher Junto Às Criminologias: De Degenerada À Vítima, Sempre Sob Controle Sociopenal.** Revista de Psicologia, Florianópolis, v. 21, n. 1, p.111-124, abr. 2009

MARTINS, Élida Lúcia Carvalho et al. **O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais.** Saúde Sociedade, Sao Paulo, v. 4, n. 23, p.1222-1234, 2014

MARTINS, Isabel Rocha. **A Criminalização Feminina: O Lugar Da Mulher No Crime.** Brasília: Unb, 2016. p. 1-64

MIYASHIRO, Gladys Miyashiro. **Resenha The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition por Arthur Kleinman.** 1991. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/1991.v7n3/430-435>>. Acesso em: 29 out. 2018

MONTEIRO, Brenda Camila de Souza. **A lei de execução penal e o seu caráter ressocializador**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIX, n. 153, out 2016. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=18106&revista_caderno=22>. Acesso em fev 2019.

MOREIRA, L. M. **Política de Saúde ea População Carcerária: um estudo no Presídio Estadual Metropolitano I-Pem I-Marituba-Pará** [mestrado]. Belém (PA): Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Pará, 2012.

MOURA, Renan Gomes de; LOPES, Paloma de Lavor; SILVEIRA, Regina Coeli da. Gênero e família: a mulher brasileira chefe de família. Que mulher é esta?. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, n. 32, p. 55-66, dez. 2016

ONOCKO Campos, RT; Furtado, JP. **Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde**. Rev Saúde Pública 2008;42(6): 1090-6.

PEDRO, Joana Maria. **Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica**. História, Franca , v. 24,n. 1,p. 77-98, 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-90742005000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-90742005000100004>

PEREIRA, S. 2009. **Redes sociais de adolescentes em contexto de vulnerabilidade social e sua relação com os riscos de envolvimento com o tráfico de drogas**. Brasília, DF. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, 321 p.

POLLACK, Otto. **The criminality of Woman**. Westport: Greenwood Press, 1978

PRIORE, Mary Del; FONSECA, Cláudia. **Ser Mulher, Mãe E Pobre**. História das mulheres no Brasil. 2018. pp. 517

QUEIROZ, Nana. **Descubra como é a vida das mulheres nas penitenciárias brasileiras**. Disponível em: <<https://revistagalileu.globo.com/Revista/noticia/2015/07/descubra-como-e-vida-das-mulheres-nas-penitenciarias-brasileiras.html>>. Acesso em: 23 out. 2018

RICOEUR P. **Mundo do texto e mundo do leitor**. Tempo e Narrat. 1997;1:320–327.

ROBERTI JUNIOR, João Paulo; BENETTI, Idonézia Collodel; ZANELLA, Michele. **Itinerário Terapêutico, Escolha E Avaliação De Tratamento Para Problemas De Saúde**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 8, n. 18, p.1984-2147, 2016

SALDAÑA, Paulo. **36% das mulheres presas em São Paulo nunca recebem visita**. 2011. Disponível em: <<https://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,36-das-mulheres-presas-em-sao-paulo-nunca-recebem-visita,731791>>. Acesso em: 22 out. 2018

SANTOS, Helen Barbosa dos; NARDI, Henrique Caetano. **Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso?** Physis: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v. 24, n. 3, p.931-949, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312014000300014>.

SANTOS, Barbara Ferreira. **ONU: impunidade por tortura nas prisões é regra no Brasil, 2017** acesso 20/02/19 disponível em :<https://exame.abril.com.br/brasil/onu-impunidade-por-tortura-nas-prisoas-e-regra-no-brasil/>

SANTOS, Vanessa Érica da Silva. **Mulheres Criminosas: A Evolução Do Discurso De Vitimização Da Criminalidade De Gênero Em Face A Inserção Da Mulher No Crime Organizado**. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conidif/trabalhos/TRABALHO_EV082_MD1_SA6_ID280_19082017094723.pdf>. Acesso em: 19 out. 2018.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens**. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 961-970, 2010

SILVA, Alan Camargo; FERREIRA, Jaqueline. **O que é saúde?** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [s.l.], v. 17, n. 47, p.983-986, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0007>.

SILVA, Lucas Meneses de Santana e; SILVA, Bruno Medeiros. **Além cárcere:**

consequências metajurídicas da criminalidade feminina no Brasil. 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/46571/alem-carcere-consequencias-metajuridicas-da-criminalidade-feminina-no-brasil>>. Acesso em: 30 out. 2018.

Soares, Marden Marques e Bueno, Paula Michele Martins Gomes. **Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 7 [Acessado 30 Março 2019] , pp. 1999-2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>.

TEDESCHI, Losandro Antônio. **O ensino da história e a invisibilidade da mulher.** Revista Ártemis, n. 4, 2006.

TURATO ER. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Rev Saude Publica. 2005;39:507–14

VALENÇA, Alexandre Martins et al. **Comportamento violento, gênero e psicopatologia.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund, São Paulo, v. 13, n. 2, p.238-252, junho 2017.

VIANA, Eleniza. **O papel da família no regime penitenciário masculino de Manaus e sua contribuição para reinserção sócio - familiar.** 2011. Disponível em: <<https://www.webartigos.com/artigos/o-papel-da-familia-no-regime-penitenciario-masculino-de-manaus-e-sua-contribuicao-para-reinsercao-socio-familiar/61346/>>. Acesso em: 31 out. 2018.

WALKER, Garthine. **Crime, gender and social order in early modern England.** Cambridge University Press, 2003.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mesmo respeito e consideração deve ser ofertado pelo Estado e pela comunidade a todos os seres humanos, sem distinção alguma; ou seja, é direito das pessoas privadas de liberdade serem tratadas com humanidade e respeito, como ditam os direitos humanos (VALIM,2018). Apesar disso, a violação desses direitos está longe de ser uma exceção em ambientes privados de liberdade, definindo padrões de vidas e estigmas sociais.

Daí surge o questionamento: nesta realidade pública onde o Estado, paradoxalmente, se mostra extremamente omissivo, que tipo de “integração social”, objetivada na Lei de Execução Penal, é feita? O que vemos na realidade é que, hoje em dia, a privação de liberdade se trata de contenção social com retiradas de direitos básicos e inerentes em nome da segurança pública. Uma segurança imediatista que não se importa com o que acontecerá com a pessoa privada de liberdade – e conseqüentemente com a sociedade que a cercará – quando esta sair da prisão.

Observa-se que o precário acesso a saúde, além de ferir um direito básico da Constituição – que garante que a saúde é “um direito de todos e um dever do Estado”(MOURA,2013) - acaba violando também os princípios norteadores do SUS de universalidade, integralidade e equidade. O resultado disso são pessoas vivendo em situações subumanas, onde não se oferecem condições inerentes à vida digna, por vezes resultando em doenças infectocontagiosas, além de doenças mentais e agravo de doenças crônicas.

Apesar de o atendimento em saúde ser realizado por equipe da Atenção Básica de Saúde da UBS do território em questão, o pouco tempo destinado a este atendimento frente a uma grande demanda de consultas de pronto atendimento faz com que não se consiga desenvolver um serviço estruturado de saúde, pautado em ações de promoção, prevenção e tratamento de agravos mais comuns. Planejamento de ações, trabalho interdisciplinar, ações de vigilância e promoção de saúde, que são estratégias da atenção primária (Fernandes et al, 2018)³⁰, acabam sendo deixadas de lado.

Há importantes obstáculos à acessibilidade à saúde nas delegacias estudadas. No que diz respeito à acessibilidade geográfica, a superlotação das celas, ausência de colchões suficientes para todos, a ventilação deficiente, as precárias condições de higiene, a ausência de um local que preserve a privacidade, a presença do vaso sanitário no mesmo ambiente onde se realizam as refeições, a dificuldade de acesso à água

potável, a inexistência de chuveiro e pia, de área para secagem das roupas, a necessidade de deslocamento para uma clínica externa, no caso os atendimentos odontológicos, são exemplos contundentes da sua inadequação ou insuficiência.

Em relação à dimensão organizacional da acessibilidade, a própria inexistência de uma equipe disponível, completa e treinada para atender à população privada de liberdade constitui barreira organizacional de acesso à saúde. Aspectos como o uso do atendimento à saúde como elemento de negociação, a triagem para o atendimento pela avaliação dos agentes de segurança, a influência de lideranças de grupos de detentos no controle do acesso à equipe de saúde, a oferta insuficiente de consultas, a necessidade do encaminhamento de bilhetes ao agente, a falta de um profissional da odontologia, o pequeno número de policiais disponíveis para garantir a segurança durante o transporte e o atendimento, a dificuldade de transporte e ausência de materiais para realizar as coletas de exames na delegacia, a quantidade limitada de medicamentos disponíveis também refletem uma situação extremamente desfavorável.

Da mesma forma, as deficiências na dimensão sociocultural da acessibilidade se expressa pela disseminação do medo de haver algum traidor no grupo, funcionando como obstáculo ao deslocamento dos detentos aos espaços de atendimento. Outro fator sociocultural que afeta o acesso ao atendimento à saúde é a não aceitação, por parte dos detentos, de alguns tipos de crimes, gerando forte resistência à disponibilização do atendimento à saúde a seus autores.

Finalmente, quanto à dimensão econômica da acessibilidade, alguns aspectos como a precária distribuição de medicamentos no sistema prisional, exigindo das famílias sua obtenção, quando possuem recursos para comprá-los, demonstra que também nesse aspecto o acesso é deficitário. Como neste caso estudado os medicamentos, insumos e profissionais são todos do SUS, seu subfinanciamento ou enfraquecimento traz consequências diretas ao acesso aos cuidados em saúde desta população.

As condições e o modo de vida nas cadeias são intoleravelmente insalubres. A primeira ação efetiva para a promoção do acesso à saúde seria a adequação das instalações, no sentido da densidade populacional, existência de instalações, inclusive sanitárias, adequadas quanto à dimensão, ventilação, iluminação, limpeza e privacidade.

Disponibilizar aos detentos o acesso aos recursos de moradia, alimentação, segurança, educação e saúde tornados possíveis pelo grau de desenvolvimento alcançado pela humanidade é o mínimo que uma ação cidadã do Estado poderia proporcionar. A pena a cumprir é a restrição da liberdade, as demais privações

desnecessariamente impostas, são expressão de crueldade, descaso e preconceito, evidentemente prejudiciais à saúde.

Percebe-se um crescimento maior da participação da mulher nos crimes cometidos, assim como sua maior participação social, saindo da vivência domiciliar predominante. A idealização da maternidade e o tabu social em relação à violência cometida por mulheres possibilita, ainda, gerar uma atitude de escandalização aos que tomam conhecimento de mulheres que cometem crimes de maior violência.

Há uma formação social semelhante entre os gêneros, mas há uma menor participação da família no cotidiano das reclusas ao contrário do que ocorre com os reclusos masculinos, na qual a família está mais presente, sendo necessário melhorar o relacionamento da família com a reclusa, reduzindo o processo de prisionização e isolamento social na qual a mulher reclusa é submetida em maior grau do que comparado aos homens.

Observou-se uma maior preocupação por cuidados de saúde pelas reclusas do que pelos reclusos, assim, como a preocupação com promoção e prevenção de saúde, pois há o aspecto cultural da representação do cuidar como uma tarefa feminina, por isso, sendo necessário realizar, também, uma discussão mais aprofundada do tema gênero, desmitificando, desse modo, o que seria papéis apropriados ou exclusivo de cada um.

O ampliamto de pesquisas relacionadas às pessoas privadas de liberdade também é necessário na medida em que poderemos compreender melhor o caminho que tais pessoas seguiram para chegar em situação de privação de liberdade. Este ampliamto é importante para trazer uma maior harmonia social, visto que, ao compreender esse trajeto, é possível criar ações mais efetivas na prevenção e ressocialização adequada, o que possui um papel extremamente necessário para a sociedade na medida em que diminuirá a reincidência de pessoas ao crime, e, portanto, diminuirá a própria violência.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Mayara Lima et al. **Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 18, n. 4, p. 586-592, 2014.

BARSAGLINI, Reni. **Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios**. 2016.

BARROS, Gabriela dos Santos, **Análise crítica do Sistema Penitenciário Brasileiro**, disponível <https://jus.com.br/artigos/27727/analise-critica-do-sistema-penitenciario-brasileiro>, acessado em 22/02/19

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2 ed. Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Levantamento dos Presos Provisórios do País e Plano de Ação dos Tribunais**. Brasília: 2017. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/84371-levantamento-dos-presos-provisorios-do-pais-e-plano-de-acao-dos-tribunais>>. Acesso em: 29 ago. 2017

FERNANDES, Luiz Henrique et al. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 2, p.275-283, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004934>.

FONSECA, Hugo Leonardo Campos da. **As modalidades de prisão provisória: uma comparação entre o Código atual de Processo Penal e o seu anteprojeto de reforma**. Conteudo Juridico, Brasilia-DF: 03 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.41536&seo=1>>. Acesso em: 20 fev. 2019

GAMEIRO, Nathália. **Saúde no Sistema Prisional será tema de política pública**.

Agência Fiocruz de Notícias. Rio de Janeiro: 31 de maio de 2013. Disponível em: <<https://www.agencia.fiocruz.br/sa%C3%BAde-no-sistema-prisional-ser%C3%A1-tema-de-pol%C3%Adtica-p%C3%Bablica>>. Acesso em: 21 fev. 2019

LERMEN, Helena Salgueiro et al. **Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 25, p. 905-924, 2015

Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Infopen. Junho de 2016**. Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>>. Acesso em 29 jan. 2019.

MOURA, Elisângela Santos de. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440>. Acesso em dez 2018.

NETTO, Santos Fiorini. **Breve noção sobre relaxamento de prisão por excesso de prazo**. Julho de 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/50659/quanto-tempo-o-reu-pode-ficar-presos-sem-julgamento>>. Acesso em: 20 fev. 2019

REIS, Cássia Barbosa; BERNARDES, Erica Bento. **O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 3331-3338, 2011.

RODRIGUES, Edimar Edson Mendes. **A salvaguarda dos presos provisórios**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 15, n. 2400, 26 jan. 2010. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/14249>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

SILVA, Alexandre Barbosa da. **Delegacia de Polícia não é Cadeia Pública!** 2015. Disponível em: <<http://www.correiadoestado.com.br/opiniaao/delegacia-de-policia-nao-e-cadeia-publica/243957/>>. Acesso em: 07 out. 2017.

TREVISAN, Maria Carolina. **Brasil é o 4º país que mais prende mulheres: 62% delas**

são negras. 16 de maio de 2018. Disponível em <<https://mariacarolinatrevisan.blogosfera.uol.com.br/2018/05/16/brasil-e-o-4o-pais-que-mais-prende-mulheres-62-delas-sao-negras/>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

VALIM, Edna Maria Alves. **Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade.** Revista Bioética. Vol. 26. 2018; 26 (2): 282-90. Junho/2018

VERDÉLIO, Andreia. **Com 726 mil presos, Brasil tem terceira maior população carcerária do mundo.** Agência Brasil. Brasília, 08 de dez. de 2017. Disponível em: <agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-12/populacao-carceraria-do-brasil-sobe-de-622202-para-726712-pessoas>. Acesso em: 10 fev. 2019

APÊNDICES

APÊNDICE A - PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Percepção de populações à margem da sociedade frente às questões de saúde em uma grande cidade brasileira.

Pesquisador: Sabrina Stefanello

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 80355317.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.058.934

Apresentação do Projeto:

Ser indivíduo parte de uma população à margem da sociedade influencia no processo saúde-doença, determinando condições de vulnerabilidade, acarretando sofrimento, adoecimentos e interferindo na capacidade de acesso aos serviços de saúde. Uma melhor compreensão do processo saúde-doença e da relação com os serviços de saúde destas populações pode oportunizar um melhor planejamento e acesso ofertado pelos serviços.

Serão quatro populações escolhidas (imigrantes haitianos, população privada de liberdade, pessoas transexuais e trabalhadores recicladores). As três possuem em comum uma base de pesquisas qualitativas escassas no Brasil e, a fim de compreender o processo mais geral de adoecimento bem como as possíveis dificuldades e facilidades no acesso à obtenção de cuidados em saúde, estruturou-se essa pesquisa.

Em todos os grupos serão realizadas entrevistas abertas, que contarão com algumas questões disparadoras, permitindo a livre expressão dos entrevistados. O pesquisador-entrevistador acrescentará outras perguntas abertas conforme andamento da entrevista, visando explorar a temática de interesse a partir dos relatos individuais, e evitando direcionamentos a priori. O tempo médio de cada entrevista será de 30 a 60 minutos, e esta será audiogravada, suprimindo-se quaisquer informações que possam acarretar a identificação do indivíduo.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.058.934

encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1234892_E1.pdf | 31/10/2018 16:01:57 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | RespostaComiteEmenda.pdf | 31/10/2018 15:59:40 | VIVIAN BORGERT | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TermoDeConfidencialidadeEmendaCorrecao.pdf | 31/10/2018 15:56:25 | VIVIAN BORGERT | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | SolicitacaodeEmenda.pdf | 15/10/2018 17:23:00 | VIVIAN BORGERT | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | CartaConcordanciaGrupoDignidade.pdf | 15/10/2018 17:19:54 | VIVIAN BORGERT | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoDetalhadoEmenda.docx | 05/10/2018 16:17:48 | VIVIAN BORGERT | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DeclaracaoUsoMaterialColetadoEmenda.pdf | 05/10/2018 16:05:09 | VIVIAN BORGERT | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TermoDeConfidencialidadeEmenda.pdf | 05/10/2018 15:57:50 | VIVIAN BORGERT | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TermoDeCompromissoParaoInicioDaPesquisaEmenda.pdf | 05/10/2018 15:57:22 | VIVIAN BORGERT | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TermoDeConsentimentoLivreeEsclarecidoEmenda.doc | 05/10/2018 15:56:36 | VIVIAN BORGERT | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDOREVISADO.doc | 14/03/2018 11:33:20 | Deivisson Vianna Dantas dos Santos | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoDetalhadoVERSAOFINAL.docx | 14/03/2018 11:32:10 | Deivisson Vianna Dantas dos Santos | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | respostaacomite.pdf | 09/03/2018 11:15:05 | Deivisson Vianna Dantas dos Santos | Aceito |
| Declaração de | declaracaodeusoespecificodomaterial | 09/03/2018 | Deivisson Vianna | Aceito |

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.058.934

| | | | | |
|--|--|------------------------|---------------------------------------|--------|
| Pesquisadores | dadoscoletados.pdf | 11:01:06 | Dantas dos Santos | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AnuenciaServicos.pdf | 22/11/2017 11:53:57 | Deivisson Vianna Dantas dos Santos | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | informacaosobreecocidadao.pdf | 22/11/2017 11:53:04 | Deivisson Vianna Dantas dos Santos | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracaodetornarpublicososresultados.pdf | 22/11/2017 11:52:21 | Deivisson Vianna Dantas dos Santos | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | extratoata.pdf | 22/11/2017 11:51:39 | Deivisson Vianna Dantas dos Santos | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | cartaanuenciapsiquiatra.pdf | 13/11/2017 19:40:42 | Sabrina Stefanello | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AnuenciaPMUB.pdf | 13/11/2017 19:40:32 | Sabrina Stefanello | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Anuenciacocidadaoacarta.PDF | 13/11/2017 19:40:00 | Sabrina Stefanello | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | termodeconfidencialidade.pdf | 13/11/2017 19:37:34 | Sabrina Stefanello | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | termodecompromissoparaoiniciodapesquisa.pdf | 13/11/2017 19:37:11 | Sabrina Stefanello | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | oficiodopesquisadorencaminhandooprojetoaocep.pdf | 13/11/2017 19:36:57 | Sabrina Stefanello | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | funcaonoprojeto.pdf | 13/11/2017 19:36:40 | Sabrina Stefanello | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | CheckListDocumental.pdf | 13/11/2017 19:35:35 | Sabrina Stefanello | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | analisedemerito.pdf | 13/11/2017 19:35:13 | Sabrina Stefanello | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 13/11/2017 19:34:18 | Sabrina Stefanello | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.058.934

CURITIBA, 05 de Dezembro de 2018

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, André Filipak, Bruno Denes Cesário Pereira e Ridiney Santos Oliveira, alunos de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Federal do Paraná; Sabrina Stefanello e Deivisson Vianna Dantas dos Santos professores da Universidade Federal do Paraná estamos convidando você a participar de um estudo intitulado: **“Percepção de populações à margem da sociedade frente às questões de saúde em uma grande cidade brasileira”**. Este estudo visa compreender as percepções do processo de saúde-doença em grupos de população específicos no município de Curitiba-PR (imigrantes haitianos, população privada de liberdade e trabalhadores recicladores) e sua relação com o acesso aos serviços de saúde oferecidos.

a) O objetivo desta pesquisa é conhecer as significações do processo saúde-doença, o significado de ser cuidado e o que é feito quando se adoecer para cada um dos grupos de participantes. Assim como, entender como se dá o acesso ao atendimento em saúde, comparando as diferenças e similaridades no discurso de cada um.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder as perguntas de uma entrevista referente sua experiência no acesso a serviços de saúde e sua percepção quanto ao que acontece com você quando se adoecer.

c) Para tanto você deverá comparecer no local e data que serão combinados entre você e o pesquisador. Perguntas disparadoras iniciais definidas pelos pesquisadores nortearão a discussão do tema escolhido, o que levará aproximadamente entre 30 a 60 minutos, mas você pode se sentir livre para falar sobre sua experiência em relação a temática abordada. A entrevista será gravada em áudio para posterior análise.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento durante a realização da entrevista. Se isso for percebido ou relatado, a sua entrevista ou participação poderá ser interrompida sem qualquer prejuízo ao seu trabalho. Reforçamos também, que não é necessário contar nada que não o deixe à vontade. Não sendo necessário compartilhar qualquer informação que não desejar.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: desconforto ou constrangimento em relação à opinião exposta e timidez ao abordar assuntos que considere íntimos. Estes riscos serão minimizados pela confidencialidade entre pesquisador e participante.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a ampliação da compreensão do processo de saúde-doença em grupos vulneráveis a fim de fornecer subsídios teóricos

para adaptação de políticas públicas e melhoria no atendimento e bem-estar das populações representadas pelos participantes da pesquisa. Embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

g) Os pesquisadores André Filipak, Bruno Denes Cesário Pereira, Ridiney Santos Oliveira, Sabrina Stefanello e Deivisson Vianna Dantas, responsáveis por este estudo poderão ser localizados por e-mail: binastefanello@gmail.com, andrefilipak@yahoo.com.br, bruno.denes1982@gmail.com, ridiney@oi.com.br e deivianna@gmail.com e pelo telefone celular por ligação ou por meio de mensagem eletrônica pelos números 991091158, 991291030, ou no telefone fixo 33607241, no horário das 08 horas até as 17 horas, ou presencialmente no endereço: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Rua Padre Camargo, 280, 7 andar, sala 1, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. Orientadores: Prof. Dr^a. Sabrina Stefanello e Prof. Dr. Deivisson Viana e alunos do programa de pós-graduação profissional em saúde coletiva. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**.

j) Os áudios obtidos poderão ser utilizados para outras pesquisas da pesquisadora com a mesma temática no período de cinco anos e serão descartados e apagados da memória do computador ao término deste período.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa: impressão de papéis e custos com o audiovisual não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e

foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da participação do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.
Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Curitiba, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável – Sabrina Stefanello]

[Assinatura do Pesquisador - _____]

APÊNDICE C – PERGUNTAS NORTEADORAS/ DISPARADORAS

Perguntas

1-O que você acha muito grave, por exemplo o que você faria em uma situação em que possa morrer? Como lidaria ? A quem recorrer?

2-O que você faria para resolver um problema grave de saúde na ausência de ajuda médica ou de outro profissional de saúde?

3- O que você vê em seu colega quando está com saúde? E com doença?