

Cômodo do inferno: acesso à Atenção Básica em duas delegacias de uma grande cidade brasileira

Hell room: Primary Care access in two police stations of a large Brazilian city
(abstract: p. 15)

Sala del infierno: acceso a la Atención Básica en dos comisarías de una gran ciudad brasileña (resumen: p. 15)

Ridiney Santos Oliveira^(a)

<ridiney@bol.com.br> 

Henrique Cesar Correa Hamilko^(b)

<henriquehamilko@gmail.com> 

Rafaela Schaefer^(c)

<rafaschaefer1@gmail.com> 

Deivisson Vianna Dantas dos Santos^(d)

<deivianna@gmail.com> 

continua pág. 13

^(a) Pós-graduando do Programa de Mestrado em Saúde da Família em Rede Nacional (mestrado), Universidade Federal do Paraná (UFPR). Rua Padre Camargo, 280, 3º andar, Alto da Glória. Curitiba, PR, Brasil. 80060-240.

^(b, c) Graduando(a) do curso de Medicina, UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

^(d, e) Departamento de Saúde Coletiva, UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

^(f) Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

Existe uma grande quantidade de pessoas privadas de liberdade em delegacias, e a Atenção Básica (AB) constitui a porta de entrada para os cuidados em saúde dessa população. Esta pesquisa envolveu reclusos e reclusas de duas delegacias de polícia – uma com população masculina e outra, feminina – Curitiba, Paraná, Brasil – com a finalidade de analisar o acesso à saúde naqueles espaços a fim de auxiliar na formação de estratégias de acolhimento dessa população na AB. Trata-se de um estudo qualitativo com entrevistas abertas, observação participante, registro em diário de campo e pesquisador com experiência no atendimento dessa população. Como resultado, observaram-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: Populações vulneráveis. Assistência à saúde. Representações sociais. Percepção de doença e saúde. População privada de liberdade.



Introdução

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% em dez anos¹. 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. Esse grande contingente representa um aumento na ordem de 707% em relação ao total registrado no início da década de 1990².

Segundo o 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 e Minas Gerais. O total de vagas era de 18.365, havendo, portanto, um déficit de vagas de 33.335².

Desse 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 noventa dias de aprisionamento, que somavam 84% de sua população carcerária².

Para garantir o direito à saúde aos reclusos, além da Constituição Federal de 1988, há também a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984. 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 liberdade³.

O documento da PNAISP visa garantir o direito à saúde e o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) para todos os indivíduos privados de liberdade no sistema prisional (sejam eles presos provisórios ou já condenados), por meio de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, incluindo medidas de vigilância sanitária, programas de saúde mental e vacinações⁴. Importante destacar que a PNAISP não cria um sistema de saúde em paralelo para esta população, mas reforça a diretriz de garantir o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território. Dessa forma, a AB como componente primordial da RAS é colocada como a forma de acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Uma vez que as delegacias não tinham sido contempladas na legislação anterior, esse documento representou um avanço no campo das políticas sociais da área, especialmente quando se identificou que o tempo médio da prisão provisória em delegacias variava de 172 dias a 974 dias³.

Curitiba é uma das cidades que têm programas anteriores ao PNAISP para a população em privação de liberdade provisória. Em 2008, o Programa de Atenção à Saúde de Presos Provisórios nos Distritos Policiais e Delegacias foi criado com objetivo de garantir a oferta de assistência à saúde⁵.

Pelas características próprias das populações privadas de liberdade, o acesso à saúde encontra mais barreiras do que facilitadores. Pertencer a esse grupo populacional influencia de maneira radical no processo saúde-doença, determinando condições de vulnerabilidade e interferindo na sua capacidade de acesso aos serviços de saúde. As pesquisas e publicações

na área da saúde envolvendo essa população ainda são escassas, predominando estudos quantitativos. Essa escassez é problemática, na medida em que esse grupo social é negligenciado pelas políticas públicas de assistência à saúde no contexto do SUS, ficando comprometida com relação à universalidade, integralidade e equidade da atenção⁶.

Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais dos serviços de saúde, especificamente da AB, apropriem-se dessa realidade e conheçam a visão desses sujeitos para qualificar suas ações. Por isso, 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 e reclusas.

Metodologia

Optou-se por um estudo qualitativo, realizado em duas delegacias da cidade paranaense de Curitiba – uma de reclusos masculinos e outra, de reclusas femininas –, selecionadas intencionalmente devido à facilidade de acesso do pesquisador por prestar atendimento médico nestas.

A pesquisa dispôs de duas ferramentas para a obtenção dos dados. A primeira foi a observação participante⁷, com elaboração de diário de campo, no qual foram registrados em caderno de anotações 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. Tal ferramenta foi importante para o entendimento da dinâmica dentro da delegacia, uma vez que algumas informações nem sempre eram relatadas nas entrevistas.

A frequência da observação foi, em média, de duas vezes por semana, com quatro horas de permanência, e ocorria tanto durante as entrevistas (durante os atendimentos da equipe da saúde) quanto nas transferências para outros setores do sistema prisional ou mesmo nas escoltas até os advogados dos reclusos e reclusas. O período de observação foi de maio a dezembro de 2018.

A segunda forma de obtenção de dados foi a realização de entrevistas abertas. Os convites aos reclusos/reclusas participantes foram feitos reservadamente pelo pesquisador, em ambas as delegacias, durante o momento de saída de cela para alguma consulta ou procedimento médico. Para evitar a exposição, somente aqueles que seriam transferidos ou sairiam em liberdade foram convidados a participar. O espaço dedicado às entrevistas em ambas as delegacias era o mesmo local onde ocorria o atendimento. Durante as entrevistas, estavam presentes apenas o pesquisador e o/a participante. O tempo médio das entrevistas foi de cinco 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. Além disso, havia também a necessidade de liberar o policial para suas atividades na delegacia o mais rápido possível.

O anonimato foi garantido em todo momento das entrevistas e da análise. Para preservar a identidade dos participantes e facilitar o reconhecimento de cada entrevista, optou-se por chamá-los de M (para participantes masculinos) e F (para participantes

femininos), enumerando-os. Evitou-se incluir qualquer dado que pudesse incorrer em identificação, por questões éticas e de segurança aos participantes. A quantidade de entrevistados foi definida por saturação, ou seja, a suspensão de inclusão de novos participantes ocorreu quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na coleta⁸.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), submetido ao Comitê de Ética 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 no mesmo período da observação participante, sendo realizadas 26 entrevistas: 13 com participantes femininas e 13 com participantes masculinos. Não foram incluídas no estudo pessoas com clara dificuldade cognitiva, ou que, no momento da entrevista, ofereciam algum risco para o entrevistador, segundo avaliação dos guardas locais. Nenhum convidado recusou o convite para participar.

A maioria dos entrevistados era composta por reclusos ou reclusas que estavam há três meses, em média, em privação de liberdade. Não foram coletadas informações como idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, tipo de crime cometido e local de residência, assim como outras informações que se relacionam ao perfil demográfico por acordo com o campo de pesquisa.

O roteiro de entrevista contou com questões relacionadas a como se entende os problemas de saúde, como o cuidado em saúde ocorre e como se dá o acesso aos profissionais de saúde. Foram explorados nas entrevistas assuntos como definição pessoal de saúde e doença, acesso à saúde antes da reclusão, entre outros. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente *a posteriori*. Na sequência, cada uma das entrevistas transcritas foi transformada em narrativa⁹.

Além disso, no caso específico da narrativa, foi necessário em alguns momentos se valer de uma “tradução” do linguajar próprio utilizado pelo(a)s recluso(a)s e trabalhadores das delegacias, de modo que o texto se tornasse compreensível a todos. Após esse trabalho, obteve-se a narrativa em sua versão final.

Cada uma dessas narrativas foi posteriormente avaliada por pelo menos três pesquisadores que, seguindo os preceitos da hermenêutica gadameriana, buscaram na interpretação dos trechos o significado a partir dos fenômenos emanados dos discursos. A partir daí, extraíram-se os núcleos argumentais que emergiram dos textos, agrupados em categorias construídas conforme interpretação dos discursos¹⁰.

Por fim, para amenizar o viés proveniente do fato de um pesquisador trabalhar com esta população e estar habituado a este cotidiano (o que permitiu a realização da pesquisa), trabalhou-se em equipe, com a participação de outros dois pesquisadores, que não faziam parte da rotina da delegacia, para analisar as narrativas pelo método hermenêutico. Além disso, havia encontros regulares para discutir o andamento da pesquisa, mantendo a crítica e múltiplos olhares em relação ao que estava sendo percebido.



Em ambas as delegacias estudadas, os atendimentos eram realizados em média a cada 15 dias. A equipe de trabalho era composta de médico, da unidade de referência, e de enfermeira, concursada para trabalhar nas delegacias. Os medicamentos e material de procedimento eram ofertados pela unidade de saúde responsável pela delegacia. As consultas eram realizadas em locais variados, dependendo da disponibilidade no momento.

Resultados e discussão

No presente estudo, não apenas realizou-se uma análise restrita 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. Nesse sentido, trabalhamos com referenciais de acessibilidade a serem analisados em suas dimensões geográfica, organizacional, sociocultural e econômica¹¹.

Assim, o acesso à saúde foi organizado em três temas principais: “acesso a um ambiente saudável”, “acesso a medidas de proteção” e “acesso ao profissional da saúde e aos procedimentos diagnósticos”.

Acesso a um ambiente saudável

No ambiente do sistema prisional, há várias situações que favorecem o adoecimento, como condições precárias de higiene e celas mal ventiladas e superpopulosas¹². 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, que continha dez pessoas em média, chegando em certos momentos a vinte pessoas na mesma cela. Nessas circunstâncias, os indivíduos se revezavam entre redes improvisadas e colchões no chão.

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. Um estudo¹³ já identificou que a estrutura física das delegacias prioriza a segurança dos profissionais que lá trabalham em detrimento da percepção das doenças; e cuidados com a prevenção e recuperação da saúde.

Em relação à estrutura física da cela, em ambas as delegacias constatou-se que o vaso sanitário do modelo bacia turca ficava no mesmo ambiente que pertencesse pessoais e de higiene, que, por sua vez, também era onde se realizavam as refeições. Esse ambiente insalubre, além de não oferecer dignidade e privacidade – situação decorrente da aglomeração de pessoas –, também favorecia a transmissão de doenças infecto-contagiosas.

A limpeza dos locais estudados era deficitária, apesar da existência dos “faxinas”, como eram chamados o(a)s recluso(a)s responsáveis pela higiene da cela e do corredor que permite o acesso às celas. A limpeza era diária, entretanto, não era possível realizá-la

com qualidade devido à impossibilidade de esvaziar as celas, que continham grande número de pessoas. Esse fato, juntamente com a insuficiente ventilação, tornava o ambiente das celas propício ao adoecimento.

O acesso à água potável era difícil. A água ficava acondicionada em garrafas PET de dois litros, que eram compartilhadas por todos que partilhavam a mesma cela. Para tomar banho, os encarcerados improvisavam um chuveiro na cela, adaptando uma dessas garrafas acopladas a um cano.

Os (as) reclusos (as) tinham acesso a sabonete, escova e pasta de dente. Entretanto, era forte o odor de suor em ambas delegacias, sendo que, na masculina também era forte o cheiro de cigarro, já que eles pareciam fumar mais do que as mulheres. Os sabonetes também eram utilizados para a lavagem de roupas, que ficavam penduradas todas juntas para secar nas grades das celas.

A alimentação era pouco diversificada, predominando carboidratos e, muitas vezes, sem opção de salada. Bebidas observadas foram: café, água e, em alguns momentos, refrigerante. No café da manhã era oferecido pão com café apenas. Quando os visitantes levavam algum alimento, a maioria era produtos industrializados e com predominância de carboidratos.

Os alimentos vinham em um recipiente de isopor, que os (as) reclusos (as) chamavam de “blindada”. Não se percebeu diferenciação de alimentos ofertados, ou seja, não houve individualização no preparo das dietas conforme certas doenças requerem, como uma refeição com menor teor de sal para hipertensos, com menor teor de carboidratos para diabéticos, ou outra restrição alimentar. Desse modo, a alimentação de baixa qualidade e pouco saudável, associada ao precário abastecimento de água, também favorece o adoecimento¹⁴.

Acesso a medidas de prevenção

Uma das ações previstas pela PNAISP é garantir medidas de prevenção, como a vacinação para hepatites, *influenza* e outras do calendário adulto⁴. Entretanto, no período de observação nessas delegacias, a única medida de prevenção foi o fornecimento da vacina da gripe. Especificamente para as reclusas femininas, houve também o incentivo e o fornecimento, por parte da equipe de saúde, de contraceptivo hormonal. Nesse caso, o medicamento tinha a finalidade principal de evitar a menstruação para contribuir para a higiene da cela, sendo instruído o uso contínuo.

Em outro estudo¹⁵, a única ação preventiva promovida pela equipe em uma unidade prisional também se centrava na vacinação. Percebe-se, portanto, que há uma precariedade nas ações preventivas para pessoas privadas de liberdade nas delegacias, que, paradoxalmente, por desse constituírem em uma população vulnerável, mereceriam priorização deste tipo de cuidado.

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

Para os detentos e detentas, as representações das doenças inscrevem-se em uma 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 saúde¹².

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

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

Nas delegacias estudadas, os atendimentos ocorriam em consultórios improvisados, predominando a precariedade das estruturas, contendo mesa e cadeira para apenas o profissional da saúde, sem maca para realizar os atendimentos dos reclusos. Na masculina, por exemplo, eram realizados, na maior parte do tempo, com o recluso em pé.

A triagem do(a)s recluso(a)s, com relação ao atendimento de saúde, dava-se pela avaliação informal da demanda de assistência por parte dos agentes de segurança. Eles recebiam as queixas com solicitação de consulta por parte do(a)s detentos (as) e, dependendo da situação, solicitavam o apoio da equipe de saúde. Havia também a influência que lideranças de grupos de detentos exerciam em relação à seleção de prioridades para os atendimentos. Somado a isso, também existia seleção pela própria equipe da saúde.

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 consultas, retirada de pontos, injeção de medicamentos e, em algumas situações de extrema necessidade, drenagem de abscessos. A esterilização dos materiais era realizada na UBS de referência.

Estudos evidenciaram que a assistência à saúde acaba funcionando como elemento de troca e negociação para manutenção da ordem e da disciplina no cárcere. O acesso ao atendimento à saúde no sistema penitenciário é por vezes mediado pelos agentes penitenciários e pelos próprios presos e presas, 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^{12,16}.

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 em outro estudo¹⁷, no qual os profissionais de saúde tinham dificuldade de acesso ao encarcerado, nas duas delegacias estudadas não aconteceu o mesmo. Nestas, a equipe da saúde da AB determinava quantos reclusos seriam atendidos no dia, solicitava suas saídas para reavaliações e tinha acesso direto às celas para realização da triagem. Assim, o profissional da saúde tinha um contato mais próximo ao encarcerado.

O controle do acesso à equipe de saúde da AB realizado pelos próprios reclusos e reclusas 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 – recluso escolhido pelo “líder” conforme sua habilidade de comunicação – era o responsável em repassar às pessoas externas à cela as queixas e necessidades dos encarcerados. Assim, o encarcerado que tivesse uma necessidade validada pelos reclusos no pedido encaminhado, após permissão do líder saía, para consulta. Embora entre as mulheres também existisse a figura da líder, ela não interferia tanto no acesso ao atendimento à saúde, como ocorria na unidade masculina.

Uma possível explicação para essas múltiplas “triagens” na delegacia masculina seria a oferta insuficiente de consultas pela equipe de saúde, obrigando-os a selecionar as pessoas a serem consultadas. Outro fator 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 menor quantidade de mulheres que fazem parte de facção criminosa, não havendo o perigo de desentendimentos entre grupos. As mulheres, na maior parte das situações, foram presas por crimes relacionadas à Lei de Drogas e Entorpecentes, mas não foram as protagonistas dos crimes, que ainda continuam sendo os homens¹⁸.

Outra possível explicação seria a menor frequência de visitas que as mulheres recebiam, necessitando de maior cooperação e sororidade entre si para superar as dificuldades vivenciadas, fato observado e registrado em diário de campo. Havia abandono das mulheres por parte de seus parceiros e familiares, que, em geral, não aceitavam o fato de elas estarem em privação de liberdade¹⁹.

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

A maior solidariedade entre as mulheres, explicada por muitas entrevistadas pela ausência da família e pelo menor número de visitas, pode ter como objetivo construir um esforço coletivo de melhora da qualidade de vida naquele ambiente.

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

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



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

Outro fator que influenciou no acesso ao atendimento à saúde na delegacia masculina foi o tipo de crime cometido pelo encarcerado. Alguns crimes não eram aceitos pela população estudada, como o estupro. Ficou evidente que os reclusos masculinos não gostaram quando se disponibilizou atendimento para um autor desse tipo de crime. Para eles, o esturador não deveria ter direito às consultas de saúde.

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

Na delegacia masculina houve reclusos que solicitaram atendimentos por meio da entrega de bilhetes ao agente, da mesma forma como ocorre na população carcerária de penitenciárias¹⁵. Contudo, muitos deles 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 11h 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 essa 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 para a enfermeira] e tudo certo. (M23)

Na delegacia feminina, durante o período que em que a pesquisa foi realizada, não se observou a estratégia do bilhete. As reclusas costumavam falar diretamente com os profissionais, tanto da delegacia quanto da saúde. Para algumas pessoas, não houve reclamação referente a condições dos atendimentos e esteve presente o sentimento de gratidão.

Entretanto, o discurso da falta foi o que predominou nas entrevistas. As ações de promoção de saúde bucal, por exemplo, realizadas por um profissional da Odontologia, não existem pela falta desse tipo de trabalhador na equipe. A falta de equipe completa de atendimento foi descrita em outros estudos com população privada de liberdade^{20,21}, o que mostrou a carência no atendimento integral a essa população e a discrepância entre o que se observa e o que se idealiza em documentos referentes ao direito à saúde dessa população³.

Em muitas situações, essa carência foi motivo de reclamação – mais por parte da equipe de saúde do que pelos reclusos. A população estudada solicitou a presença do médico regularmente.

[...] 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)

Apesar da premissa de que a saúde deve ser estendida a todos os cidadãos, independentemente da condição em que se encontram²², a realidade aponta 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, ou, no caso dos homens, o fato de que raras vezes conseguem uma cadeira para sentar e expressar o que o está incomodando com relação a sua saúde. Falta-se, assim, com a dignidade, humanidade, integralidade e universalidade nos atendimentos.

Alguns reclusos solicitaram também um acompanhamento médico continuado e regular. Esta seria a garantia da longitudinalidade, um dos atributos centrais da AB descrito por Starfield²³ e que também é identificado pelos participantes da pesquisa como um atributo necessário para a equipe de saúde. Afinal, a longitudinalidade só se concretiza pelo acompanhamento do indivíduo ao longo do tempo por profissionais da equipe de saúde²⁴.

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

Para os participantes, o acesso aos cuidados em saúde nas unidades prisionais pareceu estar mais bem estabelecido do que nas delegacias. Inclusive, para os casos que necessitavam de algum cuidado emergencial não odontológico, o complexo médico penal servia de referência. As falas, a seguir, de participantes que já cumpriram pena em presídio (chamados por eles de “sistema”) apontaram diferenças dos cuidados em saúde oferecidos nos presídios quando comparados aos oferecidos nas delegacias:

No sistema eu mandava pipa pela manhã cedo e às 11h 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 8h, às 11h 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)

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; e pomadas para alergia e para tratamentos ginecológicos. Esses medicamentos eram trazidos da unidade de saúde pelo médico



responsável pelo atendimento, uma vez que 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. Os medicamentos não disponibilizados pelo sistema público eram trazidos pelos amigos ou parentes nos dias de visita aos reclusos. Estudo de Minayo e Ribeiro¹⁴ apresentou achados semelhantes, demonstrando que a distribuição de medicamentos é precária no sistema prisional, cabendo às famílias, ou mesmo aos advogados, obtê-los quando conseguem comprá-los.

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. (M01)

Para conseguir medicamento fora, só mediante advogados, né? (F12)

Em casos nos quais o(a) detento(a) não dispusesse das alternativas mencionadas, este ficava na dependência da ajuda de colegas. Essa dependência parecia ser maior entre as mulheres, uma vez que, quando comparadas aos homens, elas recebiam menos visitas de pessoas de fora.

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 relataram que, paradoxalmente, aquela situação de privação da liberdade contribuía para a saúde, pois dificultava o acesso a substâncias ilícitas, favorecendo assim a desintoxicação. Tal situação também foi identificada em outro estudo, que verificou que uma parte dos presos considerou que sua situação de saúde melhorou na prisão, por ter mais tempo para si, permitindo prevenir-se contra riscos à saúde¹⁴.

A população privada de liberdade 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, muitas vezes, a conhecer a equipe de saúde (dentista, médico, psicólogo) no sistema penitenciário²⁵. Tal como na literatura, os (a)s entrevistados (a)s de ambas as delegacias também retrataram a falta de acesso anterior à reclusão. Além das dificuldades para conseguir o acesso, outro estudo aponta que reclusos e reclusas ainda sofrem pelo preconceito dos serviços prestadores de assistência²⁶.

Conclusão

Com esta pesquisa, foi possível compreender a dura realidade nessas duas delegacias em relação às ações de saúde realizadas pela AB do território que elas fazem parte. Ficou evidente que ambas apresentaram importantes obstáculos na acessibilidade à saúde: superlotação das celas; ausência de colchões para todos; ventilação deficiente; precárias condições de higiene; ausência de um local que preserve a privacidade; presença do vaso sanitário no mesmo ambiente onde se realizam as refeições; dificuldade de acesso à água potável; inexistência de chuveiro, pia e área para secagem das roupas; e necessidade de deslocamento para uma clínica externa, no caso dos atendimentos odontológicos, são exemplos contundentes da inadequação das delegacias ou insuficiência de barreiras físicas e geográficas.

O acesso também sofre com aspectos organizacionais, como uso do atendimento à saúde como elemento de negociação; a triagem para o atendimento pela avaliação dos agentes de segurança; influência de lideranças de grupos de detentos no controle do acesso à equipe de saúde; oferta insuficiente de consultas; necessidade do encaminhamento de bilhetes ao agente; falta de um profissional da Odontologia; pequeno número de policiais disponíveis para garantir a segurança durante o transporte e o atendimento; e a própria inexistência de uma equipe exclusiva e treinada para atender à população privada de liberdade.

Da mesma forma, as deficiências se expressam na dimensão sociocultural da acessibilidade, 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, como o estupro, 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.

Apesar de todas essas limitações, para alguns detentos, o encarceramento ofereceu maior possibilidade de acesso à saúde, demonstrando que as diretrizes constantes na PNAISP vão na direção correta ao reforçar que as delegacias e a população privada de liberdade nelas residentes são de responsabilidade da AB e do SUS.


Entretanto, conclui-se que as delegacias estudadas apresentaram uma realidade muito diferente da proposta pela PNAISP e outras políticas nacionais voltadas a essa população. Não se observaram grandes ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e de garantia de atendimento multiprofissional. A realidade vem deflagrando uma enorme incongruência entre o direito positivado e a aplicabilidade prática. A pena a cumprir é a restrição da liberdade; as demais privações desnecessariamente impostas são expressão de crueldade, evidentemente prejudiciais à saúde.

Autores

Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque^(e)

<guilherme.albuquerque.ufpr@gmail.com> 

Sabrina Stefanello^(f)

<binastefanello@gmail.com> 

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Arruda AJCG, Oliveira MHB, Guilam MC, Vasconcelos DIB, Costa TF, Leite IF. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE Online*. 2013; 7 (esp):6646-54.
2. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen [Internet]. Brasília; 2017 [citado 1 Jul 2020]. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>
3. Lermen HS, Gil BL, Cunico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis*. 2015; 25(3):905-24.
4. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Levantamento dos presos provisórios do país e plano de ação dos tribunais [Internet]. Brasília; 2019 [citado 20 Jan 2020]. Disponível em: <https://cnj.jusbrasil.com.br/noticias/433372438/levantamento-dos-presos-provisorios-do-pais-e-plano-de-acao-dos-tribunais>
5. Ribas P. Programa de atenção à saúde dos detentos de Curitiba. *Contexto*. 2011; 1:6-7.
6. Barsaglini R. Do plano à política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. *Physis*. 2016; 26(4):1429-39.
7. Atkinson P, Hammersley M. Ethnography and participant observation. *Handbook Q Res*. 1994; 1:248-61.
8. Fontanella BJB, Magdaleno Junior R. Theoretical saturation in qualitative research: psychoanalytical contributions. *Psicol Estud*. 2012; 17(1):63-71.
9. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6):1090-6.
10. Ricouer P. O mundo do texto e o mundo do leitor. São Paulo: Papyrus; 1997.



11. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão EA, Mandelli MJ, Penna MLF, et al. Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 177-84.
12. Diuana V, Lhuilier D, Sanchez AR, Amado G, Araujo L, Duarte AM, et al. Health in the prison system: representations and practices by prison guards in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(8):1887-96.
13. Sousa MCP, Neto FJA, Sousa PCC, Silva CLC. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. *Rev Interdisciplin*. 2013; 6(2):144-51.
14. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(7):2031-40.
15. Santos HB, Nardi HC. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso? *Physis*. 2014; 24(3):931-49.
16. Sánchez A, Leal MC, Larouzé B. Realidade e desafios da saúde nas prisões. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(7):1996.
17. Jesus LO, Scarparo HBK, Lermen HS. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. *Aletheia*. 2013; (41):39-52.
18. Bianchini A, Barroso MG. Mulheres, tráfico de drogas e sua maior vulnerabilidade: série mulher e crime. Jusbrasil [Internet]. 2012 [citado 1 Jul 2020]. Disponível em: <https://professoraalice.jusbrasil.com.br/artigos/121814131/mulheres-trafico-de-drogas-e-sua-maior-vulnerabilidade-serie-mulher-e-crime>
19. Saldaña P. 36% das mulheres presas em São Paulo nunca recebem visita. Estadão [Internet]. 13 Jun 2011. Disponível em: <https://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,36-das-mulheres-presas-em-sao-paulo-nunca-recebem-visita,731791>
20. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Filho AP. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(2):275-83.
21. Valim EMA, Daibem AML, Hossne WS. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Rev Bioet*. 2018; 26(2):282-90.
22. Assis LR. As condições de saúde no sistema prisional brasileiro. Jusbrasil [Internet]. 2017 [citado 1 Jul 2020]. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/517938988/as-condicoes-de-saude-no-sistema-prisional-brasileiro>
23. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2004.
24. Cunha EM, Giovanela L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(1):1029-42.
25. Gameiro N. Saúde no sistema prisional será tema de política pública. Fiocruz [Internet]. 2013 [citado 1 Jul 2020]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/saude-no-sistema-prisional-sera-tema-de-politica-publica>
26. Reis CB, Bernardes EB. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(7):3331-8.



Police stations are full of freedom-deprived people, and primary care is an entry for their healthcare. This research involved prisoners of two police stations (one male and another female) of a large Brazilian city (Curitiba, Paraná) in order to analyze their healthcare access and build strategies to welcome this population in primary care. It is a qualitative study with open interviews, participant observation, field notes, and researcher experienced in this type of care. As a result, structural and procedural aspects that interfere in the access to healthcare's diagnostic and therapeutic procedures were observed, as well as lack of disease prevention.

Keywords: Vulnerable population. Healthcare. Social representation. Disease and health perception. Freedom-deprived population.

Hay una gran cantidad de personas privadas de libertad en comisarías y la atención básica constituye la puerta de entrada para los cuidados de salud de esa población. Este estudio envolvió a reclusos y reclusas de dos comisarías de policía, una con población masculina y otra femenina, de una gran ciudad brasileña (Curitiba – Estado de Paraná), con la finalidad de analizar el acceso a la salud en aquellos espacios con la finalidad de auxiliar en la formación de estrategias de acogida de esta población en la atención básica. Como resultado, se observaron aspectos estructurales y procesales que interfieren en el acceso a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la atención de la salud, así como a la casi inexistencia de la prevención de enfermedades.

Palabras clave: Poblaciones vulnerables. Asistencia de la salud. Representaciones sociales. Percepción de la enfermedad y de la salud. Población privada de libertad.

Submetido em 14/08/19.

Aprovado em 27/06/20.