

**Saúde & Transformação Social**

*Health & Social Change*



**Artigos Originais**

## **Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade em uma emergência a partir do discurso dos Enfermeiros**

*Attention to deprived of freedom people's health in an Emergency Unit from the nurse's speech*

**Jéssica Mendes Rocha<sup>1</sup>**  
**Elza Berger Salema Coelho<sup>1</sup>**  
**Sheila Rubia Lindner<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

**Resumo:** O estudo objetivou compreender a atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade na emergência a partir do discurso dos enfermeiros, relacionando a assistência ao conhecimento prévio dessa prática assistencial específica, e identificando as suas fragilidades e potencialidades. Pesquisa qualitativa do tipo exploratória-descritiva, realizada no Hospital Universitário do município de Florianópolis. Os dados foram obtidos através de entrevista semiestruturada e a coleta realizada em agosto de 2018. A amostra foi composta por 10 enfermeiros, onde destes 9 eram do sexo feminino e 1 do masculino. Os profissionais referem conhecimento sobre os princípios e diretrizes do atendimento no Serviço Único de Saúde, porém, em sua maioria, desconhecem as políticas públicas voltadas às pessoas de liberdade, o que pode ser um dos fatores que os leva a prestar assistência a esse público de forma diferenciada. Além disso, o medo, receio de fugas, e os pré-julgamentos fazem com que haja conflito ético-moral no momento do cuidado, mesmo que de forma não planejada. Como o Brasil possui a terceira maior população carcerária do mundo, faz-se necessário investir em mais pesquisas sobre a saúde no âmbito prisional, a implementação desse cuidado nos currículos de enfermagem do país e a destinação de recursos em unidades que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde para a capacitação destes profissionais.

**Palavras-chaves:** Direito à Saúde. Saúde no sistema prisional. Enfermagem. Pessoa privada de liberdade. Políticas Públicas de Saúde.

**Abstract:** The study aimed to understand the health care of people deprived of liberty in an emergency unit from the nurses' speech, relating assistance to prior knowledge of this specific care practice, and identifying its weaknesses and potential. Qualitative exploratory-descriptive research, performed at the University Hospital of the city of Florianópolis. The data were collected through the semi-structured interview and the data collect was done in August 2018. The sample consisted of 10 nurses, of whom 9 were female and 1 male. The professionals know about the principles and guidelines of care in the Unified Health Service, however, most of them are unaware of public policies aimed at people of freedom, which may be one of the factors that leads them to provide assistance to this public in a differentiated way. In addition, fear, fear of escapes, and pre-judgments cause ethical-moral conflict at the moment of health care, even if in an unplanned way. As Brazil has the third largest prison population in the world, it is necessary to invest in more research on health at the prison level, the implementation of this care in the country's nursing curriculum and the allocation of resources in units that are part of the Health Network. Health Care for the training of these professionals.

**Keywords:** Right to Health. Health in the Prison System. Prisoner. Public Health Policies.

### **1. Introdução**

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de junho de 2014, traz que entre 2004 e 2014 houve um crescimento de 111% da população prisional, que hoje atinge índice superior a 710.000 pessoas, incluindo aquelas em prisão domiciliar. Esta população está em 3º lugar no ranking de

países com maior população prisional, ficando atrás apenas de Estados Unidos (2.228.424 pessoas) e China (1.701.344) (BRASIL, 2014).

A função do sistema prisional é proteger a sociedade contra ações que ferem a constituição, garantido que quando a pessoa é inserida nesse sistema ela seja capaz de respeitar a lei e tornar-se produtiva novamente para a sociedade. Para que isso ocorra é preciso trabalhar para que haja a redução das diferenças entre a vida dentro e fora do sistema prisional, garantido ao mesmo tempo que o indivíduo tenha acesso aos seus direitos civis (BRASIL, 2005).

Pessoas privadas de liberdade (PPL), apesar de não estarem aptas, por um determinado período de tempo, a conviver em sociedade, continuam a manter um status mínimo de cidadania, e por isso, o acesso à saúde deve ser garantido por lei (SCHMITT, et al, 2014).

As três principais políticas que serão abordadas neste estudo serão: a Lei de Execução Penal (LEP), o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e, não poderia faltar aqui, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pioneira na garantia dos direitos à saúde nos estabelecimentos prisionais, surge 1984 a LEP, que descreve os direitos e deveres das PPL para com o Estado e a sociedade. Ela é considerada atualmente como uma lei bastante avançada por estabelecer normas e direitos sociais, principalmente quanto à ressocialização da pessoa privada de liberdade (SCHMITT, et al, 2014).

A Lei, em seu artigo 14, preconiza que "a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico", tanto para os presos de caráter provisório ou apenados (BRASIL, 1984, p. 3). Apesar de as garantias previstas pela LEP serem efetivas no plano jurídico, nem sempre são efetivas dentro do cenário prisional. Essa fragilidade fez com que, em 2003, houvesse a necessidade da organização de novas ações e serviços de saúde no sistema penitenciário. Surgiu então o PNSSP (LERMEN et al, 2015).

Nos anos anteriores a 2013 houve também aumento das taxas de prevalência de infecção por HIV/AIDS, tuberculose, hepatites e outras doenças no sistema penitenciário nacional, o que também foi um motivo para a criação do PNSSP, já que estas estavam relacionadas às condições de pouca higiene e insalubridade encontradas na maioria das unidades prisionais do país (SCHMITT, et al, 2014).

Apesar da implementação dessa nova política, houve fortalecimento do SUS em âmbito nacional, o que fez com que surgisse uma nova política em 2014, a PNAISP, a qual visa destacar ainda mais alguns dos princípios e diretrizes do SUS como a integralidade e equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos a que a política se destina (SCHMITT, et al, 2014). Essa política passa então a ser parte das políticas do SUS, inclusive no que diz respeito aos repasses financeiros para as instituições públicas nacionais.

A tabela 4 apresenta o panorama geral da população prisional brasileira registrada em 30/06/2016 em 1.422 unidades prisionais, segundo levantamento realizado semestralmente pelo Departamento Penitenciário Nacional:

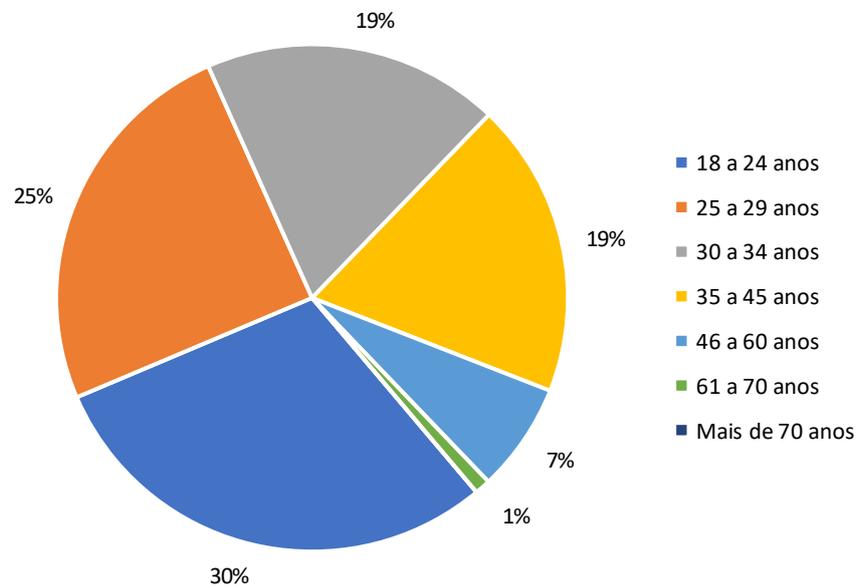
**Tabela 4.** Perfil geral da população privada de liberdade em junho de 2016

BRASIL – JUNHO DE 2016	
<b>População Prisional</b>	726.712
<b>Homens</b>	665.482
<b>Mulheres</b>	42.355
<b>Sem informação</b>	36.765

**Fonte:** Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – InfoPen (2016)

A população total é representada em sua maioria por homens (91,5%), e pessoas entre 18 e 29 anos (30%).

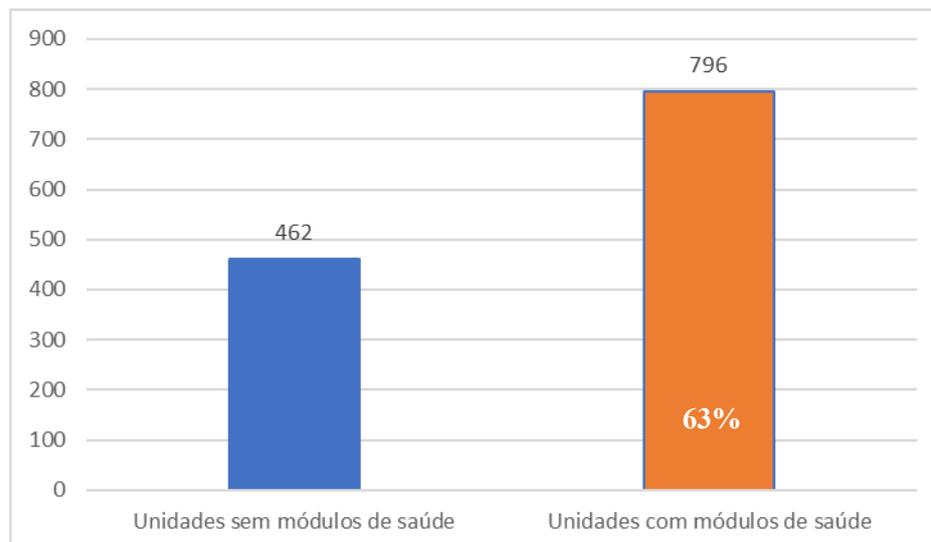
**Gráfico 1.** Faixa etária das pessoas privadas de liberdade no Brasil



**Fonte:** Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – InfoPen (2016).

A partir da implantação do PNAISP, toda unidade prisional habilitada pelo SUS passou a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, ofertando ações de atenção básica para toda população privada de liberdade. As equipes de saúde no sistema prisional hoje ocupam pouco mais de 37% das unidades com módulos de saúde, conforme Gráfico 2.

**Gráfico 2.** Infraestrutura das unidades básicas de saúde prisional



**Fonte:** Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – InfoPen (2016)

Historicamente, a questão da atenção à saúde da população que se encontra em unidades prisionais no Brasil tem sido feita sob ótica reducionista, na medida em que as ações desenvolvidas limitam-se àquelas voltadas para DST/AIDS, redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e imunizações, apesar dos altos índices de tuberculose,

pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população brasileira, observados no âmbito destas instituições (BRASIL, 2005).

É fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva (BRASIL, 2005).

Ainda apresentando os dados epidemiológicos, na tabela 5 temos as principais doenças registradas no primeiro semestre de 2016 nas unidades prisionais do Brasil, doenças essas que tornam os indivíduos propensos a outros agravos secundários.

**Tabela 5.** Principais agravos transmissíveis no sistema prisional brasileiro no 1º semestre de 2016

AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS – 1º SEMESTRE DE 2016	
HIV	7.347
Sífilis	3.823
Hepatite	2.453
Tuberculose	5.444
Outros	3.693

**Fonte:** Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – InfoPen (2016)

## 2. Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, que viabilizou o objetivo proposto, visto que este tipo de abordagem possibilita a obtenção de dados acerca do fenômeno estudado.

O cenário da pesquisa foi a Emergência Adulta, de um hospital escola no sul do Brasil, com enfermeiros do setor e que estão lotados em local de atendimento externo de emergência à população-alvo do estudo. A escolha por essa instituição se deu pelo fato de ser um hospital escola referência em atendimento à essa população no município; por ser um hospital escola que oferece condições estruturais para a formação acadêmica; e por possuir profissionais que tendem a ser acolhedores com os graduandos.

Participaram do estudo dez enfermeiros atuantes no setor da emergência do HU/UFSC, incluindo dois enfermeiros residentes do 2º ano, e adotou-se o processo de amostragem por saturação teórica. Como critério de inclusão, considerou-se: profissionais enfermeiros, estar em exercício pleno das funções no período da coleta de dados e trabalhar há pelo menos um ano da área de emergência. Os critérios de exclusão foram: enfermeiro em período de licença ou outro afastamento no período da coleta de dados.

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevista semiestruturada e analisados sob a ótica da Análise de Conteúdo, segundo Bardin.

O questionário foi composto das seguintes perguntas norteadoras: “Você é enfermeiro há quanto tempo?”, “Você trabalha há quanto tempo na emergência?”, “Desse tempo, quanto foi em hospital universitário?”, “Aqui no HU você já prestou cuidados para pessoas privadas de liberdade?”, “Se não, como você prestaria o atendimento à essas pessoas?”, “Se sim, esse atendimento teve alguma especificidade? Você sente algum desconforto ao realizar atendimento para essa população? Se sim, qual?”, “você teve algum preparo teórico para realizar

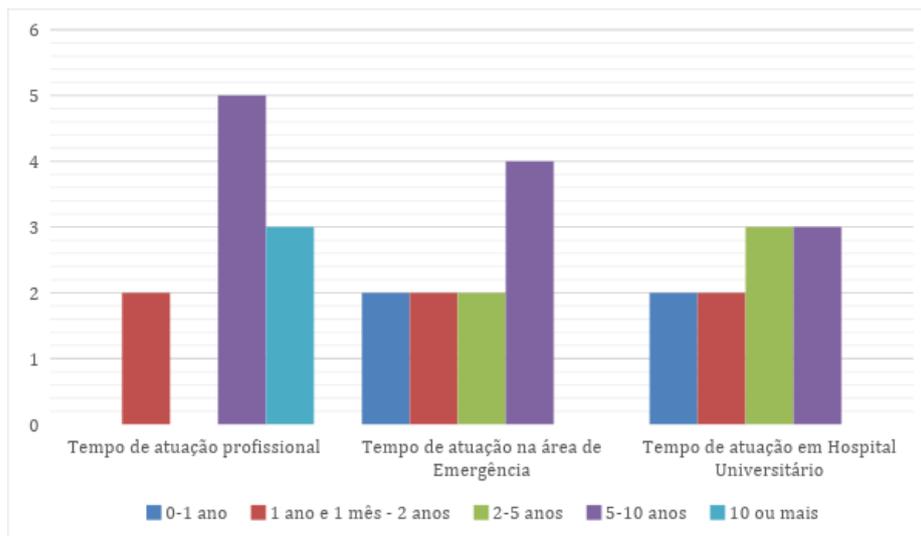
atendimento a pessoas privadas de liberdade? Se sim, de que forma?”, “Como você acha que o atendimento às pessoas privadas de liberdade deve ser realizado?”, “Você conhece alguma Política Pública de Saúde voltada para essa população? Se sim, qual?”, e “Como você percebe a atenção às urgências para pessoas privadas de liberdade na rede de Atenção à saúde?”.

O presente estudo seguiu as instruções da resolução nº466/2012 (BRASIL, 2013). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH da Universidade Federal de Santa Catarina, segundo parecer CAAE nº 8934417.1.0000.012. Seguindo o sigilo recomendado, para garantir o anonimato dos entrevistados utilizou-se as siglas E1, E2, e assim por diante, para identificar as falas dos enfermeiros.

### 3. Apresentação e discussão dos dados

Participaram deste estudo 10 enfermeiros de um total de 16 lotados no setor. Destes, 9 mulheres e 1 homem. O tempo de atuação profissional que prevaleceu entre os entrevistados foi entre 5 a 10 anos, sendo representado por 50% da amostra. O tempo de atuação em hospital universitário de 30% da amostra foi de 2 a 5 anos, e outros 30% entre 5 a 10 anos. Na área da emergência, o tempo de atuação prevalente foi entre 5 a 10 anos, representado por 40% dos entrevistados.

**Gráfico 3.** Tempo de atuação profissional, especializada e com ênfase em hospital universitário dos profissionais entrevistados.



**Fonte:** Própria.

O processo de análise resultou em dois eixos (Assistência e Conhecimento) e cinco categorias, que serão exemplificadas e discutidas com algumas opiniões dos profissionais: percepção da assistência prestada no serviço de emergência do HU/UFSC; compreensão da assistência a ser prestada; percepção da assistência na RAS; conhecimento teórico que subsidie a assistência prestada às PPL; conhecimento de políticas públicas específicas.

#### **EIXO CONHECIMENTO: CONHECIMENTO TEÓRICO QUE SUBSIDIE A ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE**

Nesta categoria percebeu-se que nenhum dos entrevistados estudou durante a graduação ou mesmo em cursos extracurriculares sobre a temática. Apesar de a assistência sobre a clínica prestada ao paciente ter o mesmo referencial teórico e prático aprendido na graduação, a abordagem para essa população tem alguns diferenciais e pode-se perceber que essa lacuna acaba exigindo que os profissionais desenvolvam esse preparo de forma individual, sem conhecimento prévio de teorias a respeito, como se vê na fala a seguir:

*Não, preparo a gente não tem. Quando vê, todos os dias você tá recebendo situações diferentes que você não foi preparado e tem que saber lidar com aqui ali. Preparo não. (E9)*

Um dos entrevistados traz no seu discurso a negativa de conhecimento teórico prévio, mas conhecimento prático que auxiliou no desenvolvimento das suas estratégias individuais para lidar com a lacuna da falta de teoria:

*Não, teórico não. Na faculdade meu último estágio da graduação foi no Hospital Nereu Ramos. Lá tem muito paciente detento lá (...) E eu acho que isso me preparou um pouco pra cá, mas essa foi uma especificidade que eu tive que os meus colegas não tiveram assim, né? (E1)*

A grande maioria das universidades brasileiras de enfermagem forma os profissionais para serem enfermeiros generalistas com as habilidades necessárias para identificar, avaliar e agir em situações de saúde com o cuidado necessário ao indivíduo, famílias e comunidade, com um conhecimento técnico crítico científico, reflexivo e humanístico. O atendimento à população do estudo exige habilidades que não são requeridas para a conclusão da graduação em Enfermagem, como as necessárias para se trabalhar em áreas específicas como o sistema prisional, bem como as habilidades para um atendimento, por exemplo, em um hospital geral que pode vir a receber essa população: estar familiarizado com o cenário, o tipo de população e saber como interagir com os presos e ter um conhecimento básico sobre as regras gerais para o atendimento com segurança para o profissional (SÁNCHEZ-ROIG; COLL-CÁMARA, 2016).

Os currículos de graduação em enfermagem, no geral, ainda não possuem esse atendimento específico em sua grade, porém, cabe lembrar que somente em 2014, com a PNAISP, a população prisional foi inserida formalmente dentro do SUS, sendo ainda muito recente e a adesão municipal dessa política é ainda facultativa. Contudo, o atendimento seguindo os princípios e diretrizes do SUS já faz parte da graduação brasileira em enfermagem e deve ser seguido pelo profissional em toda a sua prática assistencial.

Analisando as falas dos entrevistados, é clara a falta de preparo para lidar com as situações que envolvem esta população. Cabe, portanto, às instituições de saúde que fazem parte da RAS o investimento e oferta em educação permanente em saúde para os seus profissionais.

## **EIXO CONHECIMENTO: CONHECIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS**

Esta categoria está intrinsecamente ligada à anterior, porém, o conhecimento ou não das políticas de saúde não se resume à graduação, visto que se houver interesse por parte do profissional, ele pode buscar as informações desejadas. Apesar disso, cinco entrevistados responderam que apesar de saberem que existe, responderam não ter conhecimento de alguma específica.

*Não. Eu nunca vi. Eu sei que existe, mas confesso que nunca estudei ela não. (...). Eu fui saber na verdade agora que tem um curso aberto aqui na UFSC, no UNA-SUS. Eu fui ver ali, só que eu não cheguei a ler e nem fazer o curso. (E1)*

O Estado de Santa Catarina aderiu ao PNAISP em 2014, cabendo então ao gestor Estadual da Secretaria Estadual de Saúde, dentre outras, a responsabilidade:

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual de recursos humanos para a saúde, consoante a esta Política Nacional;
- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;
- Estimular a cooperação entre prefeituras e assessorar e apoiar a organização de consórcios municipais de saúde destinados à formação, capacitação, regulação e gestão de recursos humanos para a saúde;
- Participar do financiamento das ações decorrentes desta Política, destinando recursos para a formação e educação permanente de profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

Apesar de a formação em uma determinada área ser de interesse pessoal, o HU faz parte da RAS e é referência para o atendimento às PPL no município. Segundo Brasil (2003), apesar de a

CF de 1988, no seu artigo 200, atribuir ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, esse preceito não se tem traduzido plenamente numa prática institucional. Os instrumentos de poder e de articulação de que dispõe o Sistema, neste momento, para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos, além de não serem suficientes, não têm sido utilizados em sua totalidade

Brasil (2003) ainda afirma que no plano acadêmico, a lógica que tem orientado os movimentos educacionais ainda está significativamente deslocada, tanto da realidade epidemiológica quanto dos propósitos assistenciais estabelecidos pelo SUS e na prática exerce significativa influência no ordenamento futuro dos profissionais da saúde.

Ainda segundo Brasil (2003), embora esse Sistema constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, tal situação só mais recentemente vem criando impacto no ensino da área, seja ensino técnico, de graduação ou de pós-graduação, o que mostra que a gestão das políticas públicas estão muito mais avançadas do que as ordenações para os recursos humanos, fazendo com que a capacitação dos profissionais não siga o mesmo ritmo que as políticas criadas e gerenciadas.

As políticas e leis que regem todo o atendimento à essa população encontram-se hoje disponíveis gratuitamente de forma on-line e o acesso à internet é facilitado pelas instituições de ensino. Essas leituras poderiam ser incluídas como leituras complementares na graduação a fim de ampliar a visão de direitos e deveres tanto da PPL como do enfermeiro, em caso de assistência durante a vida profissional.

Apenas um dos entrevistados conseguiu descrever resumidamente um pouco de uma das políticas, conforme a fala a seguir:

*Política de saúde... política de atenção à saúde das PPL (...) pelo que eu andei lendo tenta inserir essas políticas também na prisão, pra ter esse atendimento também na prisão. Aí tem a equipe de saúde das PPL (...) aí as estratégias são da mesma forma como se fosse numa residência, aí contempla essa área também. (E3)*

Outra fala interessante é a que, além de trazer a negativa do conhecimento sobre as políticas, tem ligação com a categoria anterior, que mostra que não se ouviu falar sobre o assunto nem ao menos em aulas de políticas, as quais fazem parte do currículo da graduação.

*Não é nem citado dentro das aulas de política, né? Então acho que existe e ponto, porque tá no papel, mas a aplicabilidade dela é outra realidade. (...) Eu tive sobre idoso, sobre criança, sobre neonato, sobre urgência e emergência, tudo, menos esse tipo de situação. PPL não. (E4)*

Para a implementação de um Plano de Ação é necessário realizar o diagnóstico situacional do local onde ele será implementado. O município estudado é adepto da PNAISP e conta com uma penitenciária estadual o que teoricamente significa que a gestão do estado deveria incluir em suas ações a integração das PPL na RAS.

A Portaria nº 482, de 1 de abril de 2014, que institui normas de operacionalização da PNAISP, estabelece que as unidades prisionais devem ofertar os serviços de atenção básica, sendo que os demais serviços devem ser prestados pela RAS, o que inclui hospitais gerais nas proximidades da Penitenciária que necessitar de atendimento (BRASIL, 2014).

O HU é referência no atendimento à essa população e por uma instituição financiada pelo SUS, obtém repasses públicos que em parte são destinados ao setor de recursos humanos. Estes, como mostrado na discussão acima, deveriam oferecer capacitações aos seus profissionais que devem estar aptos e seguros para atender a todo o seu público, o que inclui as PPL.

Portanto, o desafio é sair de um modelo de privação de liberdade que se limita a reconhecer parcialmente o direito à saúde, apresentando acesso insuficiente em razão da escassa responsabilidade sanitária assumida pelo SUS nos territórios onde existem prisões, além da cultura de exclusão dos sujeitos e do subfinanciamento do setor.

## **EIXO ASSISTÊNCIA: PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HU/UFSC**

Dos dez entrevistados, oito profissionais prestaram atendimento no setor de emergência às PPL. Apesar de estarem privados de sua liberdade, os reclusos mantêm assegurados os demais direitos, dentre eles, o direito à saúde. O que se observa é que, o Estado não consegue cumprir o determinado na Lei de Execuções Penais, e conseqüentemente, os indivíduos reclusos têm sua saúde debilitada devido às péssimas condições de higiene e saúde ofertadas. Como a PNAISP é facultativa, muitos presídios não oferecem a equipe mínima para atendimento à saúde quando necessário, aumentando a frequência de necessidade de transporte de reclusos para tratamento externo.

Sabendo que a equidade é um dos princípios trazidos pelo SUS, Granja, Zoboli e Fracolli (2013) mostram que o sentido de equidade se concentra em duas vertentes: (a) tratar todos de forma igualitária, preponderando a ideia da igualdade e da universalidade do acesso, e (b) tratar os desiguais de forma desigual, assertiva desdobrada em duas outras: (b1) priorizando os mais necessitados, segundo a condição socioeconômica e (b2): priorizando grupos específicos, segundo critérios de risco.

Em uma das falas é possível observar que o tratamento é diferenciado já na chegada dos pacientes no setor juntamente com a equipe de segurança:

A gente procura colocar eles pra dentro independente da gravidade, até porque geralmente eles vêm acompanhados de policiais armados, e causa um pouco de alvoroço ali na frente. A gente procura deixar eles aqui mais pra dentro (...). (E1)

O transporte é feito somente em casos de urgência e faz-se necessário a escolta policial e disponibilidade de agentes penitenciários durante toda a permanência do recluso na unidade básica ou hospitalar externa. Essa escolta armada gera visível desconforto nos profissionais, que entendem ser para a sua segurança, mas que traz tensão inclusive para os outros pacientes da unidade.

Um ponto que chama a atenção é a alocação do paciente recluso em local estratégico e diferenciado dos demais. Leal e Lopes (2005) trazem que a prioridade de atendimento ambulatorial decorre em não expor os demais pacientes ao risco de violência entre reclusos e policiais, já que este último se mantém munido de forte armamento. Então ao chegar, o recluso é rapidamente alocado e percebe-se que, devido ao esquema de segurança, há a distribuição diferenciada dessas pessoas no setor para a assistência:

(...) e até manter longe de todos os outros pacientes, não por medo de ele fazer alguma coisa, mas os outros pacientes a gente percebe que ficam bem desconfortáveis. (E1)

(...)porque a gente não costuma deixar eles muito na parte interna da emergência, quando possível (...) aí a gente procura deixar eles mais perto da entrada da emergência, por exemplo no consultório da translúcida que fica mais próximo. Pra não expor todo mundo ao risco se por acaso fosse ocorrer algum resgate dele, né? (E3)

*Então querendo ou não tu tem um pré-julgamento e tu imagina que seja alguma coisa mais grave porque se fosse algo mais tranquilo eles não pediriam tanta dedicação de excluir, ou... de excluir mesmo, ou de deixar essa pessoa mais de escanteio, digamos assim, dentro do hospital. (E4)*

*Já teve vezes que nos solicitaram deixar o paciente isolado, um pouco mais afastado, por ser alta periculosidade ou coisas assim. (E7)*

As falas acima também trazem um pouco sobre o receio de fugas, o que não se restringe somente a isso, mas ao receio no geral por não saber o que se esperar do atendimento em si. Tanto reclusos quanto profissionais compartilham sentimentos que podem favorecer ou prejudicar o cuidado, dentre tais sentimentos, o medo que os profissionais sentem durante o atendimento a este público, que por ser algo próprio do ser humano, acontece independente do querer.

Em relação à descrição do trabalho de enfermagem exercido na realidade fora da penitenciária, pude perceber nas falas dos profissionais que o desempenho das ações do profissional de enfermagem tende a ir ao encontro das habilidades e competências próprias da profissão, mas acabam se contradizendo divergindo da diretriz de igualdade prevista pelo SUS:

*Assim, é um pouco mais complicado pra gente porque normalmente eles ficam restritos na maca, com marca-passo, algemas, então a gente depende muito do agente prisional pra conseguir prestar o cuidado e nem sempre eles ficam, às vezes eles ficam dando voltinha. Já aconteceu de vir e não trazer a chave da algema... então tem algumas coisas nesse sentido, de dificuldade do cuidado nesse sentido. (E9)*

*(...), mas a gente costuma não atender sem ninguém junto ou colocar ele em algum consultório, alguma coisa pra ele ficar mais reservado. E até manter longe de todos os outros pacientes, não por medo de ele fazer alguma coisa, mas os outros pacientes a gente percebe que ficam bem desconfortáveis. (E1)*

Dos dez entrevistados, dois trouxeram em seu discurso que em algumas vezes ocorre a desconfiança quanto à veracidade da queixa clínica do paciente:

*(...) porque tem aquela questão que não sabe se realmente ele tá passando mal, tá com alguma queixa fidedigna ou se é alguma coisa planejada de tentar uma fuga, por exemplo. (E10)*

*(...) então a gente fica pensando se ele realmente tá doente ou se realmente ele quis sair do presídio por algum motivo. Às vezes ele pode estar com alguma rixa lá dentro, com medo de morrer, ou querendo ser resgatado. E o hospital é um pouco mais fácil do que dentro do presídio, então a gente sempre fica com um pouco de receio de atender esse tipo de paciente. (E5)*

A fala do E8 que traz que o atendimento deve ser “*Sem discriminação e o atendimento de forma igualitária, humanizado*”, se repete em outras palavras nas falas dos outros 9 entrevistados, mostrando que há contradição no atendimento prestado e em como percebem que deveria ser o atendimento.

Em contraste com a discussão acima, o E1 traz que “*(...) a gente percebe que eles respeitam bastante o profissional de saúde.*”, o que também é afirmado por Eugênio (2012), o qual argumenta que reclusos mantêm o respeito, pois veem na equipe de enfermagem profissionais envolvidos na preservação da saúde.

Analisando as falas deste eixo fica claro que os profissionais têm conhecimento da política de humanização que rege o SUS, tanto quando os seus princípios e diretrizes, e que se esforçam para colocar a teoria de atendimento em prática, mas as vezes são barrados pela burocracia do sistema penitenciário ou até mesmo suas próprias restrições morais.

## **EIXO ASSISTÊNCIA: COMPREENSÃO DA ASSISTÊNCIA A SER PRESTADA**

Apesar de os enfermeiros saberem que devem se posicionar como aqueles que prestam cuidados independente da natureza daquele que se encontra sob seus cuidados, ou seja, livre de julgamentos, há um choque de valores éticos e morais, que ao meu ver, estão ligados à insegurança, medo e à falta de capacitação para esse tipo de atendimento, fazendo com que haja sim pré-julgamentos e mudanças no comportamento do profissional:

*(...) eu acho que ainda existe muito preconceito ainda com a pessoa. Muitas vezes eu prefiro nem saber o que aquela pessoa fez porque querendo ou não a gente julga e até faz diferente do nosso habitual. (E1)*

*Então querendo ou não eu não sei o que a pessoa cometeu pra estar ali, entende? Então querendo ou não tu tem um pré-julgamento e tu imagina que seja alguma coisa mais grave. (E4)*

*Olha, a gente tá aqui não é pra julgar ninguém, então tem que ser feito o que precisa ser feito, independente do que ele tenha feito. Claro que se a gente fica sabendo é complicado não julgar, então melhor não saber. Mas, se tá aqui a gente tem que atender do mesmo jeito que atende um paciente que não seja um preso. (E5)*

*Na verdade quando a gente atende esse tipo de paciente a gente tenta dar um pouquinho mais de agilidade no atendimento pra poder fazer o desfecho, se vai precisar ficar ou se não, pra ser liberado logo pra não ficar...porque se não fica ruim pra eles e pra gente por que não sabe bem da situação, né? (E10)*

A sociedade desconhece a realidade das penitenciárias e através dos meios de comunicação, os quais fornecem uma visão coletiva e generalista sem considerar suas particularidades, construiu uma opinião negativa alimentada pelo estigma e preconceito. Logo, o profissional que se enquadra nessa descrição acima, ao entrar em contato com o recluso, tende a sentir receio pelo peso dos estigmas que esta população carrega consigo (PINTO; HIRDES, 2006).

Outro ponto trazido é que, apesar de relatarem desconforto com a presença de policiais e agentes penitenciários no atendimento ao recluso, acreditam que a presença dos mesmos deve fazer parte da assistência como medida de segurança.

*Eu acho que igual a todo mundo, assim, só que a gente tem que ter esse cuidado de ter o agente prisional. (...) a gente depende muito do agente prisional pra conseguir prestar o cuidado. (E9)*

*(...)o agente penitenciário junto pra não ter nenhum risco mesmo, né? (E3)*

Brasil (2014) traz em sua Política que uma das responsabilidades dos Estados, por meio da Secretaria Estadual de Justiça, e também da Administração da Penitenciária de origem, é garantir o transporte em boas condições sanitárias e a escolta em tempo integral para que o acesso dos presos aos serviços de saúde internos e externos se realize em tempo oportuno e conforme a gravidade.

A questão da igualdade, apesar de em alguns momentos se contradizer, quando questionado aos entrevistados a forma como eles acreditam que a assistência deve ser prestada, foi a resposta mais obtida, descrita de maneiras diferentes:

*(...) como de qualquer outro paciente. Ele vai chegar, se precisar de reanimação, vai pra reanimação. Se não precisar vai pra sala de medicação, se precisar ser isolado vai pro isolamento, corriqueiramente como fazemos com qualquer outro paciente. (E10)*

*Olha, eu acho que não tem que segregar. É um paciente como qualquer outro, tem dor como qualquer outro, até porque tem pessoas que não são privadas da liberdade e podem ter feito coisas erradas e a gente não sabe da vida delas, né? A gente não sabe da história de ninguém basicamente. Então não dá pra julgar aquele que foi preso e aquele que não foi preso. (E7)*

*Eu acredito que não tem que ter diferença nenhuma do modo como eu atenderia qualquer outro paciente. (...) Não tem que ter diferença, tenho que tratar da mesma maneira, tenho que ter os mesmos cuidados éticos, os mesmos cuidados de precaução padrão, de contato... eu acho que não deve haver diferença nenhuma. (E6)*

*(...) se tá aqui a gente tem que atender do mesmo jeito que atende um paciente que não seja um preso. (E5)*

*(...) Eu acho que deve ser realizado na rede básica, de acordo com a especificidade e a queixa de cada paciente. (E3)*

Os discursos acima confirmam que, apesar de algumas vezes ocorrer contradição entre o saber e o fazer, os profissionais conhecem e acreditam em seu íntimo que devem assistir à essa população seguindo os princípios que regem o SUS: universalização, equidade e igualdade (BRASIL, 2005).

## **EIXO ASSISTÊNCIA: PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A PNAISP ao ser elaborada fez com que as unidades prisionais passassem a serem “ponto de atenção” da RAS, e determinou que os serviços dentro das penitenciárias devem ser compostos por uma equipe de atenção básica prisional, permitindo que a população que ali vive, mediante regulação do SUS, tenha acesso aos serviços de urgências e emergências, à atenção especializada e hospitalar na rede extramuros, sempre que houver necessidade de atenção de maior complexidade (BRASIL, 2014).

Segundo Brasil (2013), para que recebam incentivo de custeio diferenciado, sejam consideradas qualificadas e façam parte da RAS, a instituição hospitalar de referência deve seguir alguns requisitos, sendo um deles: realizar o contra referenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência. Através das falas dos profissionais, entendi que não há um entendimento igual sobre referência e contra referência:

*Assim, eu acho que ainda existe muito preconceito ainda com a pessoa. (E1)*

*(...) o atendimento é normal, atendem normalmente. (E2)*

*Eles têm o atendimento prévio pela equipe na penitenciária, aí eles já encaminham, fazem contato quando há necessidade de um serviço de emergência. Então a gente sempre recebe eles referenciados. Eles vêm pra cá com o transporte da penitencia, geralmente é assim, e aí a gente recebe como se fosse uma referência e contra referência, da atenção básica pra atenção especializada. (E3)*

A fala acima, do profissional E3, afirma que houve referenciamento, porém, através da fala dos outros entrevistados, pude perceber que o que o profissional acima quis dizer é que a penitenciária, em alguns casos, faz um contato prévio com o setor de emergência para avisar que está enviando um recluso para atendimento, mas que além de isso não ser regra, não há contra referenciamento após a assistência prestada.

*Olha, de maneira geral eu só vejo o atendimento deles aqui, eu sei que existe um serviço de saúde dentro do presídio (...). Normalmente eles são trazidos pelos agentes prisionais ou policiais, não por profissional de saúde. Normalmente eles vêm já com atendimento prévio do profissional que trabalha lá ou alguma coisa assim. Fora isso não vejo interação da rede. (E9)*

*Eles às vezes vêm com uma ficha, mas só se tiver. E ele vai de alta, com o papel de alta e é isso. (E10)*

O apoio matricial dos serviços especializados (especialidades médicas, fisioterapia, nutrição, saúde mental etc.), dos serviços de emergência, de internação hospitalar e da vigilância em saúde é imprescindível para que haja resolutividade da maioria dos casos na Atenção Primária, em particular da Atenção Básica no âmbito do sistema prisional (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no SUS (Humaniza SUS) foi criada em 2003 com o intuito de incluir a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Seu objetivo é buscar a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

*(...) o atendimento é normal, atendem normalmente. (E2)*

*Como a gente tá inserido no sistema hospitalar a gente faz o nosso trabalho aqui. (E4)*

O acolhimento humanizado faz parte do SUS, conseqüentemente, da RAS e do atendimento no local onde a pesquisa foi realizada. Segundo a UFSC (2015), a PNH considera acolhimento um processo constitutivo das práticas de saúde que implica:

- a responsabilização do trabalhador/da equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída;
- a escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, ouvindo a queixa dos usuários, considerando suas preocupações e angústias;
- a garantia de atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/da articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e das redes externas com outros serviços de saúde, (continuidade da assistência).

*Assim, eu acho que ainda existe muito preconceito ainda com a pessoa. (E1)*

*Eu acho que é frágil (A RAS). Eu acho que não existe, e quando ela é necessária eu acho que a gente enquanto equipe fica muito com o pé atrás. Como eu falei, a gente tem um pré-conceito. (E4)*

*Bom, minha experiência é aqui na emergência, não sei se eles chegam a ser atendidos em posto de saúde, não sei como que é, se eles vão pra consulta no posto de saúde, mas quando eles estão presos e precisam de atendimento eles vêm e são atendidos prioritariamente aqui, não ficam esperando. (E5)*

*Assim eles mandam trazer muito pra cá pela proximidade, então a gente recebe bastante presidiário. Eu já ouvi relato deles de dificuldade de atendimento, de sair de lá pra ser atendido. Não sei como funciona exatamente lá. (E7)*

*(...) é que a gente não sabe como que funciona lá dentro, como que eles destinam. A gente só sabe que eles chegam aqui, não sei como que funciona. (E5)*

O direito à saúde privilegia a liberdade quando é associado a direito individual. Por outro lado, nos aspectos sociais o direito à saúde privilegia a igualdade. Assim, a garantia de direito à saúde põe em questão o frágil equilíbrio entre liberdade e igualdade. Neste sentido, a PNAISP é um profundo exercício de protagonizar as mudanças na qualificação e na humanização da atenção à saúde no sistema prisional, tanto na dimensão dos poderes públicos como na iniciativa de profissionais de saúde (UFSC, 2015).

UFSC (2015) ainda traz que no contexto do sistema prisional, inclusive no atendimento extramuros, a fragilidade causada por inúmeros fatores, dentre os quais podemos destacar o próprio imperativo da sanção penal, cuja aplicação reveste-se da cultura periculosista, as tensões e os riscos (sanitários, de conflitos internos, ameaças, fugas etc.) do próprio ambiente, além do afastamento da rede social, requerem uma atenção ainda maior da equipe ao recluso que chega para atendimento hospitalar. A existência de equipes de referência, se efetiva, favorece a construção de corresponsabilização entre trabalhadores, usuários e contribui na ressocialização do indivíduo.

#### **4. Considerações finais**

Constatou-se que a assistência à saúde de PPL à partir do discurso do enfermeiro da emergência hospitalar, apesar de ser entendida como uma obrigação profissional e humana, ao analisar e refletir sobre os relatos obtidos ainda existem conflitos internos entre os profissionais: conflitos entre o saber como deve ser realizado o atendimento e as restrições morais individuais.

Entre as fragilidades observadas no estudo, destaca-se a carência de conhecimento teórico sobre as políticas voltadas à essa população (incluindo os seus direitos), e a não capacitação profissional ofertada pelas instituições que fazem parte da RAS. Além disso, inclui-se como fragilidades observadas o pré-julgamento sobre o motivo da condenação penal do indivíduo, o medo de tentativas de fugas, agressões e até mesmo desconfiar da veracidade clínica das queixas do recluso, alegando que o mesmo poderia estar criando uma situação de necessidade de atendimento à saúde para sair do ambiente prisional e, por motivos pessoais, adentrar uma unidade hospitalar.

Dentre as potencialidades cabe citar que todos os profissionais entrevistados têm conhecimento sobre os princípios e diretrizes que regem o atendimento no SUS, incluindo a igualdade, integralidade, universalidade e equidade, e, apesar de suas restrições individuais, referem tentar colocar esse conhecimento em prática.

Uma limitação da temática foi o número escasso de publicações, o que mostra a necessidade de novas produções sobre o tema, e não apenas relacionadas às questões clínicas, mas também sobre os sentimentos e percepções dos profissionais ao lidarem com o indivíduo privado de liberdade em seu cotidiano.

O Brasil possuir a 3ª maior população carcerária do mundo é uma justificativa para que haja a introdução da saúde penitenciária no projeto pedagógico das universidades com formação na área de saúde, e também, para que se destine os recursos necessários para capacitações profissionais em hospitais e unidades que façam parte da RAS, conforme preconizado nas políticas de repasse de verbas para a saúde.

## 5. Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
2. \_\_\_\_\_. Lei de Execução Penal. Brasília, 1984. Disponível em: Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7210-11-julho-1984-356938-norma-actualizada-pl.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.
3. \_\_\_\_\_. Ministério da Justiça (MJ). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN 2016. Brasília: MJ; 2017.
4. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf). Acesso em: 28 out. 2017.
6. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_pnssp.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf). Acesso em: 18 out 2017.
7. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (folder). Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_prisional.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf) Acesso em: 10 nov 2017.
8. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Políticas de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 31 p.
9. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). 2014. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-das-pessoas-privadas-de-liberdade-no-sistema-prisional>. Acesso em: 19 out. 2017.
10. \_\_\_\_\_. Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil. Brasília: Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas - Dmf, 2014. 17 slides, color. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico\\_de\\_pessoas\\_presas\\_correcao.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf). Acesso em: 10 set. 2017.
11. EUGÊNIO, M. R. (2012). A práxis do profissional enfermeiro no sistema penitenciário. Monografia (Graduação em Enfermagem). Cascavel, Faculdade Assis Gurgacz- FAG. - Gil, A.C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social.
12. GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lisaine Aparecida. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 18, n. 12, p.3759-3764, dez. 2013.
13. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HU). Ministério da Educação. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/ UFSC. Regimento Interno. 2015. 17 p. Disponível em: [http://www.hu.ufsc.br/documentos/Regimento\\_Interno\\_HU\\_aprovado\\_no\\_Conselho\\_Diretor.pdf](http://www.hu.ufsc.br/documentos/Regimento_Interno_HU_aprovado_no_Conselho_Diretor.pdf). Acesso em: 15 set. 2017.
14. LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Júlia Marques. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 10, n. 2, p.419-431, abr. 2005. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000200020>.
15. LERMEN, Helena Salgueiro et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, Set.

- 2015 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000300905&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300905&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 set. 2017.
16. PINTO, Guaraci; HIRDES, Alice. O Processo de institucionalização de detentos: Perspectivas de Reabilitação e Inserção Social. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p.678-683, dez. 2006.
  17. SÁNCHEZ-ROIG, M.; COLL-CÁMARA, A. Prison nursing and its training. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Barcelona, v. 18, n. 3, p.110-118, jun. 2016.
  18. SCHMITT, Helen Bruggemann Buhn et al. Políticas públicas e atenção à saúde das pessoas privadas de Liberdade. Apostila do Curso de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.
  19. UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância. Acolhimento e humanização nas práticas de gestão e atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Marta Verdi; Maria Cláudia Souza Matias; Carlos Alberto Severo Garcia Júnior — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. 66 p.

---

Artigo Recebido: 04.08.2019

Aprovado para publicação: 01.11.2019

**Jéssica Mendes Rocha**

Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública

Rodovia Amaro Antônio Vieira, Nº 2008, Bloco 10 Apt 404

Itacorubi

88034-102 – Florianópolis, SC - Brasil

Telefone: (48) 99692-6092

Email: [jessicamendesr@gmail.com](mailto:jessicamendesr@gmail.com)

---