



## Artigo Original

## A saúde das pessoas em privação de liberdade: um estudo de caso em internação hospitalar

*The health of persons deprived of liberty: a case study in hospital admission*

Sarah Junkes Duarte<sup>1</sup>  
Michelly Laurita Wiese<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Prefeitura Municipal de Biguaçu, Secretaria Municipal de Assistência Social

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

**Resumo:** Este artigo trata do sistema prisional e do acesso à saúde pela população em privação de liberdade. Nesse sentido, o objetivo do trabalho é refletir sobre a saúde da população em privação de liberdade e, por conseguinte, a responsabilização das famílias na garantia do acesso à saúde do membro familiar durante a privação de liberdade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa a partir de um estudo de caso, com entrevistas aplicadas a uma pessoa em privação de liberdade e um familiar durante internação hospitalar. Como resultados, destaca-se que a precarização do sistema prisional brasileiro dificulta o diálogo do acesso às políticas intersetoriais. Assim sendo, conclui-se que o acesso à saúde das pessoas que se encontram em privação de liberdade, em seu sentido ampliado, é quase sempre ofertado pelas suas famílias.

**Palavras-chaves:** Saúde, Sistema Prisional, Família.

**Abstract:** This article deals with the prison system and the access to health by the population deprived of liberty. In this sense, the objective of the work is to reflect on the health of the population deprived of liberty and, therefore, the responsibility of the families to guarantee the access to the health of the family member during the deprivation of liberty. This is a qualitative research based on a case study, with interviews applied to a person deprived of liberty and a relative during hospital admission. As a result, it is highlighted that the precariousness of the Brazilian prison system hinders dialogue for access to intersectoral policies. Thus, it is concluded that access to the health of persons deprived of liberty, in its expanded sense, is almost always offered by their families.

**Keywords:** Health, Prison System, Family.

### 1. Introdução

Refletir e estudar a temática do sistema prisional e saúde torna-se desafiante e denota a amplitude ainda maior quando a questão é analisada dentro de uma instituição hospitalar. Este estudo parte da experiência de estágio curricular obrigatório I e II de graduação de Serviço Social em uma unidade prisional de segurança máxima do Estado de Santa Catarina e, posteriormente, no atendimento às pessoas em privação de liberdade durante o período no curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde em Serviço Social na área de concentração de Urgência e Emergência no Hospital Universitário. Neste período, foi possível participar de discussões juntamente aos demais assistentes sociais sobre algumas das principais demandas apresentadas por esta população. E, ainda, ampliar as discussões no âmbito interdisciplinar através da participação em uma reunião, envolvendo profissionais de diversas áreas do conhecimento atuantes no hospital, concomitantemente a profissionais de uma instituição prisional e à rede de

apoio familiar de um usuário em privação de liberdade. Esta experiência permitiu evidenciar aspectos da realidade vivenciada por este segmento populacional, sob a luz de diferentes referenciais teóricos e empíricos do âmbito da saúde.

A partir do exposto, percebeu-se a necessidade de discussão desta temática. Neste sentido, o objetivo do artigo é refletir sobre a saúde da população em privação de liberdade e a responsabilização das famílias na garantia do acesso à saúde do membro familiar durante a privação de liberdade.

Para tanto, compreende-se ser fundamental a análise da chamada "instituição prisional" e dos meandros que se estabelecem na tênue relação entre a privação de liberdade e a saúde, em sentido ampliado.

Segundo Goffmann (1999), as prisões são consideradas instituições totais. Sua principal característica – ser uma instituição fechada – é o que garante o alcance de sua função totalitária. Portanto, ela rompe com o mundo exterior por meio de mecanismos disciplinares próprios, afirmando seu maior objetivo: a transformação dos indivíduos.

De acordo com Oliveira (1984), no sistema prisional, não existem objetivos comuns declarados, exceto o de afastar indivíduos que romperam com o pacto social. O mundo da prisão é complexo. A vida social no interior de uma prisão também se torna complexa. Ali os detentos passam muitas horas em suas celas, vivendo com pessoas normalmente desconhecidas, dificultando acentuadamente sua adaptação.

Segundo pesquisas realizadas pelo IBGE (apud BRASIL, 2010), o sistema prisional brasileiro pode ser considerado um dos mais precários e ineficazes em recuperação e ressocialização de sentenciados. Nas décadas passadas e recentes, o sistema penitenciário brasileiro tem sido violador dos direitos humanos dos sentenciados homens e também mulheres, com consequências para toda a sociedade. Muitos relatórios de organismos nacionais e internacionais de defesa dos direitos humanos demonstram a situação caótica do sistema penitenciário brasileiro.

O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) estabeleceu, no ano de 2008, estatísticas sobre a população penitenciária brasileira, obtendo dados alarmantes como, por exemplo, o de que havia 496.251 indivíduos detidos nas unidades prisionais do país, enquanto que, no estado de Santa Catarina, havia 14.541 reclusos, distribuídos nas 6.792 vagas disponíveis (BRASIL, 2010).

Para o ano de 2016, a população carcerária brasileira é de 726.712 pessoas e no Estado de Santa Catarina é de 21.472 (BRASIL, 2017).

Conforme Oliveira (2016), no Estado de Santa Catarina – de acordo com pesquisa realizada com gestores das unidades prisionais catarinenses –, diversas explicações são colocadas para o grande crescimento do número de presos: a expansão do tráfico de drogas, a falta de programas efetivos de prevenção; o afastamento da população desses programas e o infortúnio no combate ao crime.

No momento em que o sujeito passa a ser tutelado pelo Estado, ou seja, passa a cumprir pena privativa de liberdade, ele não perde somente sua liberdade, mas também todos os seus direitos fundamentais. E, assim, pouco a pouco, tende a perder sua dignidade, à medida que vai recebendo um tratamento abominável, aliado à precariedade, à superlotação e a insalubridade das unidades prisionais brasileiras, cujo arcabouço engloba um conjunto de danos à saúde relacionados à má alimentação, insuficiência da higiene, da estrutura física, bem como o sedentarismo, elementos que aliados criam um ambiente oportuno à proliferação de epidemias e à disseminação de inúmeras doenças. A este respeito, Oliveira (2016, p. 148) aponta que a forma como se estrutura o sistema prisional está diretamente relacionada à precariedade na saúde das pessoas em privação de liberdade.

As doenças infectocontagiosas são comuns. Entre as mais encontradas nas prisões brasileiras estão as pneumonias, tuberculose, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV. Há também muitos indivíduos portadores de distúrbios mentais, câncer e hanseníase (OLIVEIRA, 2016, p. 148).

Há uma série de políticas, programas, planos, projetos e leis que regulamentam o sistema prisional brasileiro. A Constituição Federal de 1988, pautada na concepção democrática da Declaração Universal dos Direitos Humanos, expõe, em sua redação, a saúde como direito de todos e dever do Estado, defendendo a dignidade, a liberdade e a igualdade para todos os cidadãos (BRASIL, 1988). Desta maneira, o direito à saúde do detento também é amparado pela lei de Execução Penal LEP (Lei 7.210), que prevê o direito à saúde como uma obrigação do Estado (BRASIL, 1984).

O Ministério da Saúde e o da Justiça também fomentam outros instrumentos legais por meio de Portarias Interministeriais, que buscam prover a atenção integral à saúde da população prisional.

No Estado de Santa Catarina, institui-se em 2008 o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional, em que a Secretaria do Estado de Saúde prevê ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nas Unidades Prisionais (SANTA CATARINA, 2008).

Diante do exposto, considera-se imprescindível a articulação entre as redes de saúde como também se percebe a necessidade de qualificar a discussão entre profissionais sobre a questão de saúde das pessoas em privação de liberdade, tendo em vista a garantia de acesso à saúde em todos os níveis de complexidade.

A partir destas considerações, o presente artigo organiza-se em duas direções: a primeira trata do acesso à saúde da pessoa em privação de liberdade entrevistada, analisando, a partir dos dados coletados, as estratégias e formas de acesso no interior do sistema prisional. A segunda propõe a análise da trajetória de vida da pessoa em privação de liberdade e sua rede de apoio e como o Estado os responsabiliza.

## **2. Procedimentos metodológicos**

A presente pesquisa é qualitativa com abordagem metodológica de estudo de caso. A escolha metodológica advém de considerações acerca do sujeito de pesquisa, formada por uma população específica que se encontra sob custódia do Estado e, cuja rigidez dos critérios de segurança adotados para encaminhamento a unidades hospitalares faz com que o número possível para a pesquisa seja reduzido. No ano de 2015, permaneceram internadas cinco pessoas em privação de liberdade, demonstrando a baixa incidência no período experienciado pela pesquisadora.

De acordo com Goode e Hatt (2007), o estudo de caso é uma maneira de organizar os dados, protegendo o caráter unitário do seu objeto estudado. Discorre a unidade como um todo, abrangendo o seu desenvolvimento (pessoa, família e conjunto de relações). Os autores ainda salientam que a totalidade de qualquer objeto é uma elaboração mental, pois não existem limites de se relacionar com o objeto de pesquisa no contexto em que será estudado. Logo, com o estudo de caso, o que se deseja é investigar uma unidade, as particularidades relevantes para o objeto de estudo da pesquisa.

Como universo da pesquisa, foram consideradas a pessoa em privação de liberdade e sua rede de apoio familiar presente na internação hospitalar no período de agosto a outubro de 2016. Por rede de apoio, considera-se a família extensa, famílias consanguíneas, amigos, vizinhos, entre outros. Para amostra da pesquisa, a escolha do sujeito foi considerada a primeira pessoa internada que tenha rede de apoio familiar presente na internação.

Cabe salientar o sujeito de pesquisa para a realização deste estudo de caso. Masculino, 30 anos de idade, natural do município de Florianópolis, filho mais novo. Rede de apoio familiar composta pelos pais, duas irmãs e sobrinhos. Entrevistas realizadas com a pessoa em privação de liberdade. Como rede de apoio, uma das irmãs presente como acompanhante no momento da pesquisa. Desta forma, foram escolhidos pela autora nomes fictícios para os sujeitos entrevistados,

sendo que a pessoa em privação de liberdade será representada por Gaivota e o membro familiar denominado como Tulipa.

Foi oportunizado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que constam os objetivos da pesquisa e salienta a decisão de escolha e participação voluntária.

Na coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada tanto para Gaivota quanto para Tulipa, de caráter sigiloso, com indagações referentes ao acesso à saúde, aos aspectos socioeconômicos, trajetória de vida e questões que embasam e retratam a realidade vivida pelas pessoas em privação de liberdade e sua família. As entrevistas foram realizadas em sala privada na Unidade de Urgência e Emergência do Hospital Universitário, gravadas e posteriormente transcritas.

Ressalta-se que a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da, sob aprovação com parecer número 1.694.067, e cumpriu os requisitos preconizados na resolução 466/2012, no que se refere às normas e diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos.

### **3. A saúde no sistema prisional**

A partir de 1988, no Brasil, o sistema de saúde passa por importantes mudanças, apresentando avanços relacionados ao direito à saúde e à construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o que aponta um processo positivo em andamento, embora com as dificuldades demonstradas no acesso.

A Constituição de 1988, em seus artigos 196 e 198, diz que a "saúde é direito de todos e dever do Estado [...]" e que "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]" (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, a saúde é evidenciada como direito do cidadão e dever do Estado, representa a concretude do direito à saúde e o reconhecimento de seu caráter universal. Considera-se o SUS como um processo em construção, conduzido por diretrizes organizacionais e princípios doutrinários fundamentados no direito à cidadania.

A construção constante do SUS expressa a substituição do modelo anterior à Constituição de 1988, que não implicava direitos universais de cidadania, mas da "cidadania regulada" ou dos direitos à parcela de cidadãos integrados ao mercado formal de trabalho. Portanto, a mudança do modelo assistencial legalmente acontece com o SUS. No entanto, na prática, ocorre somente de maneira parcial, pois ainda permanecem sistemas e práticas de saúde que reforçam a lógica do modelo anterior (BRASIL, 1988).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) foi instituído pela Portaria 1.777, de setembro de 2003, para promover atenção integral à saúde da população penitenciária. De acordo com Oliveira (2016), este plano, no contexto do SUS, pode ser considerado a primeira política específica destinada a solucionar os problemas de saúde destas pessoas (BRASIL, 2003).

O PNSSP define como diretrizes estratégicas a prestação de assistência integral resolutive, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária, como também estabelece parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; define e implementa ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS; democratiza o conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; estimula o efetivo exercício do controle social; controla e ou reduz os agravos mais frequentes; e provoca o reconhecimento da saúde como um direito à cidadania (BRASIL, 2003).

Ainda segundo o PNSSP, o número total de pessoas presas em cada unidade prisional define como precisam ser constituídas as equipes de saúde específicas para atender ao plano. Declara que as equipes precisam ser compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um psicólogo, um assistente social e um técnico de enfermagem. Tal plano incentiva também a responsabilização das políticas sociais de saúde juntamente com as de segurança.

Nesse sentido, sua proposta é garantir ações integrais de saúde; ou seja, além da assistência, promover ações de prevenção e promoção de saúde às pessoas em privação de liberdade.

Já a Portaria nº 1 de 2014 institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS. Esta política presumiu assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade, estabelecendo equipe mínima de profissionais em todas as unidades prisionais, tendo em vista a viabilização de uma atenção integral à saúde da população penitenciária brasileira. Deste modo, o PNAISP define que as ações de saúde devem ser ofertadas por equipes interdisciplinares, em que a atenção básica será oferecida através das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde, definidas em cada território ou através das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP). Entretanto, a política também declara que os presos poderão realizar atividades laborais nos serviços de saúde implementados no interior das unidades prisionais, nos programas de apoio aos serviços de saúde e nos programas de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2014).

Evidentemente, compreende-se que ainda que a população penitenciária brasileira tenha legalmente seus direitos garantidos – sobretudo no que se refere à saúde – percebe-se que a efetivação total destes ainda não é uma realidade. Especialmente a pessoa em privação de liberdade referida neste estudo, cujo relato evidencia a deterioração e ineficiência do sistema prisional do estado de Santa Catarina.

### **3.1 Estar em privação de liberdade significa estar privado de saúde?**

Este item versa sobre o debate acerca do acesso à saúde pela população que se encontra em situação de reclusão a partir das entrevistas realizadas pela pesquisadora. Neste ínterim, ressalta-se que as primeiras perguntas objetivaram remontar historicamente a trajetória de reclusão do entrevistado. As perguntas subsequentes foram conduzidas e direcionadas no intuito de compreender de que forma os indivíduos entrevistados experimentaram e interpretaram os acontecimentos, situações e as relações sociais vivenciadas na internação hospitalar e nas unidades prisionais durante a privação de liberdade. Isto auxilia a perceber quais são os limites, entraves e as possibilidades de acesso às políticas sociais com enfoque principal à política de saúde.

Neste sentido, tem-se que a trajetória reclusa do entrevistado data do ano de 2006 – à época –, com 20 anos de idade. Após dois anos e sete meses de reclusão, foi julgado a 25 anos de pena privativa de liberdade, período no qual esteve recluso em inúmeras alas de cinco unidades prisionais de diferentes municípios do estado de Santa Catarina. Em 2012, foi-lhe concedido regime semiaberto e transferência à unidade específica, onde realizou atividades laborais até 2016. Ainda em 2016, recebeu a concessão do alvará de prisão domiciliar, situação na qual se encontrava até o momento da entrevista. Destaca-se que, durante estes dez anos em privação de liberdade, esta foi sua primeira internação hospitalar.

A partir de sua experiência de privação de liberdade em diferentes unidades prisionais de regime fechado, relata que estas possuem regras distintas. Contudo, todas apresentam alguns elementos em comum, como, por exemplo, a inexistência de condições de acesso à política de educação e a precariedade de acesso às demais políticas sociais. Destaca ainda que o estabelecimento de um quadro comparativo entre as unidades é possível, principalmente, em relação à estrutura física e à alimentação, sendo que somente em uma das unidades a alimentação não era precária.

No âmbito da saúde, segundo o entrevistado, devido às dificuldades encontradas por este segmento populacional em receber atendimento em unidades de saúde externas ao sistema prisional pode ser explicada pela indisponibilidade de escolta para hospitais, unidades de saúde ou consultórios odontológicos, o que demonstra a falta de interesse estatal em garantir o acesso à saúde e da escassez de profissionais de segurança. Ainda que Gaivota analise de maneira positiva seu acesso à saúde durante a privação de liberdade, menciona que, quando foi detido, utilizava aparelhos odontológicos e continuou a realizar a manutenção com profissional especialista em odontologia no interior da maioria das unidades prisionais em que ingressou.

A respeito do trabalho das equipes de saúde que atuam em unidades prisionais, o entrevistado destaca que percebe que estas, no seu cotidiano, passam por dificuldades para a realização de ações de saúde. Dentre as quais, cita a precariedade na estrutura física, falta de materiais e a falta de efetivo que compõe a equipe mínima de profissionais de saúde, bem como a grande rotatividade de internos, devido às transferências entre unidades do estado. Fatores estes que dificultam ações de prevenção e controle, por exemplo, de doenças infectocontagiosas, pois novos reclusos são encaminhados de diferentes unidades, sem a utilização de prontuário de saúde.

A reflexão acerca dos relatos do entrevistado em privação de liberdade leva à compreensão de que se mantém no sistema prisional um grande desinteresse na provisão de saúde da população penitenciária:

*"Para eles encaminhar para o hospital, tem que estar muito mal, ainda ficam botando pressão..." (Gaivota [depoimento oral gravado]. 2016).*

*"Quem a gente via que tava passando bem mal todos os presos se uniam pra chamar a atenção dos agentes pra levar. Às vezes, a gente tinha que ficar batendo na porta e berrando por horas pra chamar a atenção deles e virem atender" (Gaivota [depoimento oral gravado]. 2016).*

No entanto, a Política e o Plano Nacional propõem a garantia de ações e serviços de saúde no interior das unidades prisionais para realizar atividades de baixa complexidade e referências locais para média e alta complexidade.

Todavia, segundo relatos de ambos os entrevistados, Gaivota e Tulipa, a assistência à saúde é inexistente no sistema prisional. Poucas unidades possuem profissionais de saúde, o acesso é administrado pelos próprios reclusos, como maneira de organização do crime no interior das unidades. O que se observa é que, ao ser recluso, ocorre uma dupla penalização da pessoa em privação de liberdade, com a inerência da pena de prisão e o lamentável estado de saúde que se adquire durante a reclusão.

Nesse contexto, Andersen (1995) declara que o acesso é considerado um importante elemento dos sistemas de saúde, dentre os relacionados à organização dos serviços, como a entrada no serviço de saúde e a continuidade do tratamento.

Também conforme discurso dos entrevistados, a falta de acesso à saúde pode ser usada para fomentar rebeliões internas, além do aliciamento dos detentos para ações criminosas. No interior das prisões, os presos adquirem as mais variadas doenças, sendo as mais comuns as doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e a pneumonia. Logo, a superlotação, a precariedade e a insalubridade das celas resultam em ambientes propícios à proliferação de epidemias, ao agravamento de doenças crônicas e ao contágio de enfermidades. Desta forma, muitos agravos à saúde da população penitenciária são resultado de um conjunto de elementos, dentre eles as dificuldades na relação entre serviços de saúde com as unidades prisionais, a falta de profissionais de saúde, os problemas nas instalações físicas, a falta de capacitação dos profissionais, a má alimentação e a falta de higiene.

Em relação ao sistema prisional brasileiro, compreende-se que, apesar de os serviços de saúde nas unidades prisionais brasileiras já serem definidos legalmente, existem divergências nas próprias políticas setoriais voltadas à população prisional. Observa-se que, ao longo da história, ocorreu um distanciamento na efetivação das políticas e programas instituídos para garantir o acesso da população prisional brasileira, sendo que o Estado continua priorizando cada vez mais ações repressivas, não integradoras e educativas para as pessoas em privação de liberdade.

Portanto, permanece uma visão punitiva por parte do Estado e por uma parcela da sociedade, ignorando o fato de que, desde a década de 1940, o Código Penal, no seu artigo 38, afirma que "o preso conserva os direitos não atingidos pela perda de liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral" (BRASIL, 1940). Contudo, o

Código prevê que as pessoas em privação de liberdade precisam ser respeitadas em sua condição de cidadãos, pois mesmo reclusas continuam sendo sujeitos de direito.

#### 4. Famílias nas prisões

Historicamente, as famílias foram exigidas a dar conta das necessidades de seus membros, como: os cuidados, a alimentação, abrigo e vestuários, entre outros elementos próprios da proteção social demandados pelo homem e providos pelas famílias. Com o desenvolvimento da sociedade, ampliam-se as necessidades humanas e, do mesmo modo, aumentam as responsabilidades familiares. Ao longo da história, as famílias sempre tiveram relevante papel na proteção dos seus membros. Embora as funções dirigidas às famílias não sejam algo originário, são postas pelo Estado e pela sociedade. Para a satisfação das necessidades humanas, há uma constante busca pela obtenção de recursos. Contudo, nessa perspectiva, como estratégia de sobrevivência, desenvolve-se um ciclo de proteção entre os membros familiares. As condições de vida das famílias, porém, estão relacionadas às suas possibilidades de respostas às demandas que lhe são colocadas.

Desta forma, sobre o núcleo familiar recai uma grande carga de atribuições. Ao passo de que, o Estado está cada vez mais se distanciando da responsabilidade com a proteção social da população. Assim sendo, a família, como unidade social, torna-se a responsável pelos seus membros.

Quando se pensa em família, concebe-se uma ideia comum da família nuclear constituída por pais e filhos, recordando um grupo social que começa no casamento, em que o homem ocupa o papel de provedor principal e a mulher tem a responsabilidade pelo trabalho doméstico. Entretanto, as definições sobre família são diversas, sendo que o elemento comum é a união entre os membros, com ou sem laços consanguíneos, ocorrendo através da intimidade, da troca, do respeito mútuo e da amizade.

No decorrer dos anos, a família passou por muitas interpretações, mas possui um ponto em comum: a importância da família na vida dos membros que a compõem. Corroborando, Miotto (1997) evidencia que não há como falar em família no singular, mas sim no plural, porque, nos dias de hoje, no Brasil, existe uma diversidade de núcleos familiares. Deste modo, não é possível restringir-se a apenas um modelo de organização familiar. Assim, a principal função dos membros de uma família é cuidar e proteger seus membros.

De acordo ainda com Miotto (2010), a família é construída e reconstruída cotidianamente, através das relações e negociações estabelecidas entre seus membros e outras esferas da sociedade, como o Estado, o trabalho e o mercado. Então, a família pode ser considerada para além da sua subjetividade: também como unidade de cuidado e redistribuição interna de recursos. Logo, não é possível considerar a família somente como uma construção privada, mas igualmente como pública, posto que apresenta um papel muito importante na organização da sociedade.

Portanto, não há apenas uma única concepção de família, pois existem diversas compreensões. Cada família constitui-se através de sua particularidade, passa por mudanças com o tempo e, desta maneira, sempre há novas e constantes configurações familiares.

Para Miotto (2000), a família pode ser considerada como um núcleo de pessoas que convive durante algum tempo, em um lugar estabelecido, unido por laços consanguíneos ou não, instalando relações de gênero e gerações, dialeticamente articuladas com a estrutura social na qual vive. Especificamente, as famílias das pessoas em privação de liberdade são compostas e constituídas em rede de ajuda mútua e de solidariedade.

Saraceno (2003) destaca que, entre as responsabilidades referentes à prestação de cuidados e reprodução social, observam-se as influências entre a esfera pública e privada. Conforme a autora, a primeira responsabilidade está condicionada ao sustento financeiro e as outras responsabilidades situadas na prestação do cuidado.

Apesar de as estruturas familiares terem sofrido expressivas mudanças nos últimos anos, a expectativa relacionada às suas responsabilidades continua preservada. Observa-se que, mesmo com as transformações ocorridas na sociedade contemporânea, o papel reservado às famílias se mantém na reprodução e proteção dos membros que a compõem, independentemente das condições de vida de cada família. Não obstante, o Estado, como principal condutor da política social, retira-se da sua responsabilidade e incentiva as famílias a tomarem para si o papel de responsáveis pelo bem-estar. O mercado, com seu principal objetivo, mantém a prática da filantropia, com interesse de obter lucro com as necessidades sociais. Desta forma, o Estado e o mercado não se responsabilizam pelos problemas sociais, incentivando a sociedade e as famílias ao papel de proteção social. Por isso há uma carência de programas e serviços sociais que atendam às insuficiências que a família exige no seu cotidiano.

Na opinião de Miotto (2006), o modo como a família é incorporada à política pública influencia a organização dos serviços e a proposição do trabalho com as famílias no cotidiano dos serviços, projetos e programas. De acordo com a autora, no debate da política social, nas últimas décadas, alguns processos são evidentes, como os processos de focalização e de responsabilização da família na provisão de bem-estar social. Dessa maneira, nos processos de focalização, existe investimento do Estado em programas de transferência de renda, em oposição às políticas universalizantes e de proteção dos trabalhadores. Já no processo de responsabilização das famílias, eles são naturalizados na execução das diferentes políticas sociais.

Para Miotto (2006), a interferência do Estado nas famílias desenvolve-se através de três linhas. Inicialmente pela legislação, onde se definem e regulam as relações familiares, como, por exemplo: as responsabilidades dos pais, a obrigatoriedade escolar e a idade mínima para casamento. A autora aponta como segunda linha de interferências as linhas demográficas, por meio do controle de natalidade. Por fim, o Estado interfere nas famílias por meio da difusão de uma cultura de especialistas, através dos mecanismos policiais e assistenciais do Estado aplicados principalmente às classes populares.

Neste âmbito, a autora acrescenta a distinção entre famílias capazes e famílias incapazes. São consideradas famílias capazes aquelas que, por via do mercado, trabalho e organização interna, alcançam o êxito em funções que lhe são estabelecidas pela sociedade. As famílias incapazes são consideradas as que não alcançam êxito nestas funções e requerem a interferência externa do Estado, para proteção dos seus membros.

De acordo com Miotto (2004), é necessário fortalecer a família como um sujeito de direito, pois a família não é apenas um espaço de cuidados, mas também um importante espaço a ser cuidado. Além de sua capacidade de produção de subjetividade, a família possui papel relevante no desenvolvimento da sociedade em seus aspectos políticos e econômicos. Nesse sentido, compreende-se a família como um significativo recurso para a produção de bem-estar, especialmente na importância dos serviços, na organização da vida familiar e sua ligação no trabalho de reprodução.

Todavia, a responsabilização das famílias está sendo realizada através de um espaço de indefinições e negociações que denominamos como "campo do cuidado". É neste determinado campo que no cotidiano dos serviços ocorrem os deslocamentos das atribuições de responsabilidades na provisão de bem-estar, sob o escudo do cuidado que se articulam as estratégias de transferência do cuidado para as famílias.

Contudo, há o crescimento do processo de responsabilização das famílias por meio de determinadas condições que o sustentam e se relacionam. A exemplo, encontra-se a instigação desse processo pelas próprias políticas sociais, que desde a sua formação já conjectura a incorporação da família no campo da reprodução social.

A partir destas considerações acerca das definições sobre família e seu processo de responsabilização, observa-se, sobretudo por meio da experiência da pesquisadora no âmbito do sistema prisional, que as famílias das pessoas em privação de liberdade precisam se adaptar às regras e rotinas das unidades prisionais; isto é, a privação de liberdade impõe diversas dificuldades e frustrações às famílias, como a mudança de rotina de seus membros, até interferências diretas e



indiretas na vida das famílias. Entre as interferências diretas estão os estigmas relacionados ao aprisionamento do seu membro, as dificuldades financeiras do grupo familiar e a mudança de rotina familiar para se adaptar aos limites institucionais de uma unidade prisional. Conseqüentemente há o desenvolvimento de resistência por parte dos familiares em relação à unidade prisional.

No entanto, compreende-se um grande rompimento dos laços familiares. Muitos detentos não recebem visita de seus familiares, pois, entre as rotinas e normas institucionais, estão inseridas revistas aos visitantes, especialmente nas mulheres, que passam por revista íntima. Logo, como as relações dos detentos com seus familiares acontecem num ambiente de total ausência de privacidade, com vigilância de câmeras e agentes penitenciários, os próprios familiares dos detentos se tornam vítimas da prisão. É visível que as visitas de familiares em unidades prisionais são organizadas com submissão a muitas regras e normas, que vai desde os dias determinados para a visita, revistas íntimas, vestimentas, números de visitantes, lista de autorizados pelo detento, até a conferência de produtos a serem entregues pelos familiares aos detentos. Inúmeros motivos são observados como fatores de dificuldade para as visitas, tais como a distância das unidades, revistas vexatórias ou simplesmente por não se sentirem bem no interior de uma "prisão".

A partir de tais fatores, a familiar entrevistada pela pesquisadora, sendo do sexo feminino, relata não ter realizado nenhuma visita durante os dez anos de privação de liberdade de seu irmão, pois verbaliza considerar constrangedor o processo de revista às familiares mulheres, a serem realizadas em todas as unidades prisionais por onde seu familiar esteve recluso.

*"Meu marido nunca me permitiu visitar ele, eu fazia tudo por ele aqui fora, mas ele sempre dizia que não ia permitir que eu passasse essa humilhação de ir lá visitar" (Tulipa [depoimento oral gravado]. 2016).*

Nesse sentido, percebe-se a dificuldade do estabelecimento destes nos momentos de visita, visto que no interior das unidades prisionais existem regras institucionais bastante rígidas com relação às visitas, sendo que algumas apenas autorizam a entrada na unidade de membros familiares como pai, mãe, irmãos, filhos e cônjuges. Desta forma, estas regras institucionais são contrárias ao que compreendemos por rede de apoio familiar.

Referente à responsabilização da família da pessoa em privação de liberdade entrevistada, revela-se a incorporação diariamente na rotina do cárcere, visto que o Estado não garante condições mínimas de permanência no interior das unidades. Apesar de as unidades fornecerem material de higiene e roupas aos detentos, não o faz com frequência e regularidade. Segundo relato de ambos os entrevistados, durante a reclusão a família foi solicitada a fornecer ao seu membro recluso materiais de higiene, uniformes, cobertores, colchão e televisão, sendo que em algumas unidades existia uma lista de materiais necessários.

*"Sim, a gente tinha que mandar material de higiene, roupas, televisão, colchão, cobertor, eles até dão uma lista de coisas que a gente tinha que levar. Só depois que eles passaram a dar uniforme, mas o resto foi sempre a gente." (Tulipa [depoimento oral gravado]. 2016).*

*"A gente tentava aliviar alguma coisa, através da família, exigindo nós mesmos, nos unimos para tentar aliviar um pouco." (Tulipa [depoimento oral gravado]. 2016).*

Assim, ressalta-se nas falas a importância da família como elemento imprescindível de apoio, desde o fornecimento de materiais básicos, até em momentos de mobilização, tendo em vista a garantia de direitos das pessoas em privação de liberdade e familiares. Isto evidencia que com o apoio da família buscam-se o fortalecimento e a garantia de condições mínimas de sobrevivência no interior das unidades prisionais. Desta forma, entende-se que se no sistema prisional brasileiro houvesse investimentos no sentido de garantir o acesso à saúde das pessoas em

privação de liberdade, tendo em vista a concepção ampliada de saúde, às famílias não precisavam se colocar presentes no fornecimento de materiais de necessidades básicas.

Afinal, conforme afirma Bravo (2006), não é possível declarar as necessidades de saúde sem considerar que elas são produtos das relações sociais em conjunto com o meio físico, social e cultural. O autor também salienta que, dentre os vários determinantes das condições de saúde, estão implicados os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (incorporando condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômicos e culturais, que revelam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais.

## 5. Considerações finais

Nos últimos anos, o sistema penitenciário brasileiro tem sido violador dos direitos humanos das pessoas em privação de liberdade. A situação caótica do sistema prisional é divulgada por diversos relatórios de organismos nacionais e internacionais de defesa dos direitos humanos, visualizado no expressivo número de pessoas em privação de liberdade referente ao número de vagas disponíveis; na falta de recursos humanos para atendimento; na estrutura física precária; e no processo de reestruturação do capital, que exclui cotidianamente diversas pessoas, as quais passam a ser segmentos vulneráveis que procuram a criminalidade como forma de subsistência humana.

Muitas críticas giram em torno da temática devido à precarização do sistema, o qual impossibilita a interlocução do acesso às políticas intersetoriais, imprescindíveis para o atendimento integral do sujeito. Especificamente se discute a relevância da política de saúde como direito fundamental à manutenção da vida do sujeito em privação de liberdade. Desta forma, tem-se que o acesso a tal política em sentido ampliado, por vezes, compreende, tal qual, evidenciado na presente pesquisa, a responsabilização da família.

É de extrema relevância problematizar o sistema prisional brasileiro e, de maneira mais pontual, a saúde da população em privação de liberdade, situando as relações estabelecidas entre a privação de liberdade e as famílias dos detentos. Ressaltam-se as dificuldades das famílias, desde a apropriação por parte do Estado, com os obstáculos e constrangimentos devidos às normas e rotinas institucionais que tensionam a dinâmica familiar.

A partir dos dados analisados nessa pesquisa, compreende-se e discute-se muito o papel destinado às famílias quando está relacionado à proteção social de seus membros, mas a situação ainda requer e clama por muitas conquistas e avanços nesses aspectos, por se considerar que o processo de proteção social desempenhado pela família não é algo natural, porém imposto pela sociedade e pelo Estado.

De maneira específica às famílias com membros em privação de liberdade, elas experimentam cotidianamente o aumento de encargos relacionados à garantia de bem-estar deste membro. Logo, ao requisitar o apoio das famílias nesta garantia de proteção, há o processo de desresponsabilização do Estado na provisão de bem-estar às pessoas em privação de liberdade e responsabilização das famílias, tendo em vista o mínimo de condições de vida no interior das unidades prisionais.

Compreende-se que, para a garantia dos direitos da população prisional, faz-se necessária a inserção de capacitação e qualificação dos profissionais do sistema prisional, tendo em vista a perspectiva da ressocialização e o desmonte dos aspectos punitivos. Nesse sentido, considera-se imprescindível o fortalecimento do trabalho multiprofissional para a necessária qualificação dos profissionais.

Vale ressaltar a importância de pesquisas nas instituições penitenciárias, sobretudo relacionadas ao acesso à saúde da população em privação de liberdade, fortalecendo a

compreensão da garantia de direitos, ou seja, garantir os direitos que já foram negados fora da prisão, além da saúde.

Contudo, salienta-se que, apesar de existirem leis e tratados nacionais e internacionais que buscam contribuir para melhoria na assistência às pessoas em privação de liberdade, corroborando as falas do sujeito de pesquisa, é evidente a falta de suas operacionalizações.

Portanto, as diretrizes para atenção à saúde da população penitenciária estão determinadas claramente, todavia, para efetivá-las, ainda há um caminho longo. Desta forma, para oferecer atenção integral às pessoas em privação de liberdade, torna-se importante o desenvolvimento de diversas ações, desde a introdução de ambulatórios no interior das unidades prisionais, convocação de equipes multiprofissionais para atuar no atendimento a esta população, até a organização do fluxo de atenção para serviços de média e alta complexidade.

Contudo, apenas a regularização dos elementos assinalados não garante a qualidade da assistência à saúde destes usuários, pois são necessárias diversas outras ações, principalmente a reestruturação do sistema prisional.

Por fim, o presente estudo não tem por objetivo esgotar as discussões sobre o assunto, mas observa-se a possibilidade de que os resultados possam trazer contribuições para novas pesquisas na área de atenção à saúde das pessoas em privação de liberdade.

## 6. Referências Bibliográficas

1. Goffmann E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1999.
2. Oliveira MO de. Prisão: um paradoxo social. 2. ed. Florianópolis: UFSC; 1984.
3. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. INFOPEN. População carcerária brasileira. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2010.
4. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciária: INFOPEN Atualização – Junho de 2016. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017.
5. Oliveira WF de. Saúde e atenção psicossocial em prisões: um olhar sobre o sistema prisional brasileiro com base em um estudo em Santa Catarina/Walter Ferreira de Oliveira, Fernando Balvedi Damas. São Paulo: HUCITEC; 2016.
6. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. (Lei da Execução Penal). Institui a Lei de execução penal. Diário Oficial [da] União - Seção 1 - 13/7/1984, Página 10227. Brasília, DF, 1984.
7. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão. Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário. Atenção integral à saúde da população prisional. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde/Secretaria de Segurança Pública; 2008.
8. Goode WJ; Hatt PK. Métodos em pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 2007.
9. Brasil. 1988. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil: aprovada em 5 de outubro de 1988.
10. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 1777, de 9 de setembro de 2003. Regulamenta os Serviços de Saúde do Sistema Carcerário. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
11. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º1, 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). Brasília: Ministério da Saúde e da Justiça; 2014.
12. Mioto RCT. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. em Serviço Cadernos Capacitação Social e Política Social – 04. Brasília: UNB/CEAD; 2000.

13. Mioto RCT. Família e serviço social: contribuições para o debate. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 55; abr., p. 114-130, 1997.
14. Mioto RCT. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 12. Rio de Janeiro, 06/12/2010, Anais..., Rio de Janeiro, 2010.
15. Saraceno C; Naldini M. Discursos sobre a família. In: SARACENO, C; NALDINI, M.. Sociologia da família. 2. ed. Editorial Estampa; 2003.
16. Mioto RCT. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. et al. (Orgs.). Política social, família e juventude: uma questão de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, p. 43-59, 2006.
17. Mioto RCT. Que família é essa. In: WANDERLEY MB; OLIVEIRA IC (Orgs.). Trabalho com famílias: textos de apoio, v. 2, São Paulo: IEE-PUC-SP; 2004.
18. Bravo MIS. Política de saúde no Brasil. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. Cortez; 2006.

---

Artigo Recebido: 23.03.2017

Aprovado para publicação: 12.11.2017

**Michelly Laurita Wiese**

Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Serviço Social

R. ENG. AGRONÔMICO ANDREI CRISTIAN FERREIRA, S/N

TRINDADE

88040-900 – Florianópolis, SC – Brasil

Telefone: (48) 37213808

E-mail: michelly.wiese@ufs.br

---