



ABORDAGEM INTEGRAL NO CONTEXTO DA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: REFLEXÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE SOBRE SAÚDE PRISIONAL



<https://doi.org/10.56238/levv15n42-031>

Data de submissão: 08/10/2024

Data de publicação: 08/11/2024

Cely Carlyne Pontes Morcerf

Mestra em Ciências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP USP)

Doutoranda em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da FMRP USP
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC FMRP USP)
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil
E-mail: celymorcerf@usp.br

Áthila de Almeida Siqueira

Médico com Graduação pela Universidade do Grande Rio
Universidade do Grande Rio, RJ
Unidade Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: athilaasiqueira@gmail.com

Guilherme Moreira de Queiroz Coutinho

Aluno de Graduação de Medicina
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil
E-mail: guilhermemqc@usp.br

Emilly Barboza Rasmussen

Aluna de Graduação de Fonoaudiologia
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil
E-mail: emillyrasmussen@usp.br

João Mazzoncini de Azevedo Marques

Doutorado em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil
E-mail: jmaq@usp.br

RESUMO

A Medicina de Família e Comunidade se estrutura como especialidade médica em um movimento contrário à fragmentação do ser humano, com um olhar humanístico e considerando o impacto de determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença. Pelo trabalho alinhado a uma visão de medicina centrada na pessoa, e não na patologia, entende a importância do vínculo e do cuidado integral no pleno conhecimento de fatores estressores e ameaçadores da saúde física e mental, em uma visão de multimorbidade. Nessa formação pautada em princípios com valorização de uma medicina



social, porém potencializada pelo desenvolvimento da empatia, a especialidade possui em suas linhas de atuação um direcionamento ao trabalho com populações marginalizadas, tendo em sua história de construção e evolução aspectos similares ao processo de estigmatização dos marginais. Nessa perspectiva, dentro da abordagem integral da medicina de família, busca-se um entendimento do contexto comunitário impactando os ciclos de vida e contribuindo na manifestação de doenças, priorizando, com um olhar de equidade, contextos de marginalização extrema que levam a violações de direitos humanos a populações historicamente negligenciadas, como o caso da população privada de liberdade. O presente artigo, busca aprofundar a discussão, à luz do estudo literário de aspectos que comprometem o cuidado integrado e a garantia de saúde como direito humano a populações privadas de liberdade, com uma análise de como o processo de construção dos marginais e o não investimento em reinserção e reeducação no sistema prisional agravam a criminalidade como um fenômeno biopsicossocial.

Palavras-chave: Saúde mental, Saúde prisional, Medicina de família e comunidade, Populações negligenciadas, Atenção primária.

1 INTRODUÇÃO

A essência da formação em MFC consiste no olhar humanizado para o eu do médico e dos laços de afeto em um encontro com o paciente, entendendo assim as influências do ambiente sociocultural nas representações do sofrimento e da doença. (RAMIREZ; NORMAN, 2020) Assim, a ressignificação da dor, a troca e o esclarecimento sobre questões médicas e sociais que abalam a percepção de doença do paciente, buscam trazer um sentido maior de entendimento e empoderamento do paciente sobre os próprios cuidados em saúde, conduzido pelo médico de família como um facilitador desse cuidado, integral e centrado na pessoa. Assim, o entendimento do termo paciente é modificado para pessoa pela especialidade, tendo em vista que o termo paciente tem em sua estruturação uma alusão à atitude passiva com um entendimento de "aquele que espera e nada faz". Já com a modificação da terminologia e entendimento holístico do indivíduo, estuda-se a mudança conceitual de termo do paciente à pessoa, que representa a noção de indivíduo agente, um protagonista da manutenção da própria saúde e um dos responsáveis pela busca da cura e da superação em sua dimensão biopsicossocial, estando a figura do médico unida ao paciente para auxiliar nessa continuidade do cuidado, sem imposições ou hierarquias.

A estruturação do estigma em um objeto é um rótulo que leva ao descrédito de função e identidade da sua representação intrínseca, em potencial, e extrínseca frente a possibilidade de atuação no meio exterior, social. (MIRANDA; GOLDBERG; BERMUDEZ, 2022) A ele é dada uma desvalorização cercada de caráter negativo, alvo de repulsa, ridicularização ou medo por uma sensação de periculosidade atrelada ao objetivo do temor levando ao comportamento de repulsão e desejo de estar distante, perpetuando assim o lugar social historicamente imposto ao ser marginal. O presente trabalho busca através de uma discussão reflexiva, baseada na revisão da literatura em um caráter narrativo, debater a interface entre origens e valores da Medicina de Família e Comunidade (MFC) alinhados à importância do cuidado integrado e centrado nas pessoas em uma perspectiva de populações negligenciadas, destacando como alvo do estudo o processo de marginalização da população privada de liberdade.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter reflexivo, sobre a saúde mental e física inseridas na visão do cuidado integral e de ameaças sociais no contexto da privação de liberdade, em diálogos sobre contribuições da MFC para o olhar de equidade e centrado na pessoa a populações negligenciadas, no âmbito da saúde prisional. Para a realização da pesquisa, foi utilizada a base de dados Scielo, com uso apenas em português das palavras "saúde mental" e "saúde prisional", adicionadas pelo operador booleano "AND", na combinação "saúde mental" "AND" "saúde prisional". A opção por não utilizar outras bases de dados ou descritores em inglês ocorreu pelo foco de discussão

em um recorte da situação de privação de liberdade e de sofrimentos psíquicos ligados ao físico e social, inserida mais especificamente na realidade do Brasil. O saldo final da pesquisa foi de 20 artigos científicos, publicados em áreas temáticas de Ciências da Saúde e Ciências Humanas. Os artigos foram encontrados com faixa de ano de publicação de 2006 a 2024. Dos 20 artigos encontrados, 8 foram selecionados para a construção do presente trabalho, associados ao debate de outros 3 artigos escolhidos pela abordagem da marginalização no contexto da saúde prisional, dos desafios da reinserção social, do perfil de adoecimento no sistema penitenciário e da abordagem integral centrada na pessoa da MFC. Assim, foram utilizados 11 artigos para a construção do presente trabalho.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 ORIGENS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E DIÁLOGOS COM A MARGINALIZAÇÃO

Criada com uma proposta de mudança de pensamento tradicionalista frente ao ato médico do cuidado do ser humano, a MFC como especialidade surge em um seguimento questionador da ideia de fragmentação médica do indivíduo. Problematiza e contribui na quebra da manutenção de verdades criadas em um processo de formação médica pautado no pensamento cientificista, enraizado na prática clínica do século XX. Parte de um movimento de inquietação interna da medicina, reagindo à hiperespecialização médica em uma visão de indissociação do ser humano em mente, corpo, vida social e espiritual. Esse movimento direciona suas ações e discussões na precarização de laços inerentes à relação médico-paciente, considerando esse impacto como fator essencial para o processo de cura e cuidado em saúde dos indivíduos. (RAMIREZ; NORMAN, 2020)

Dentro dos cenários práticos da MFC, o plano central das atividades está direcionado à Atenção Primária à Saúde, englobando as variedades e principais necessidades em saúde populacionais, fato que permite à formação específica da MFC um aumento na resolutividade clínica, evitando assim a hiper fragmentação do cuidado e de encaminhamentos desnecessários. Nessa perspectiva, sistemas de saúde com uma organização centrada no fortalecimento da APS, com uma especialidade em grande potencial de resolutividade clínica na coordenação do cuidado e porta de entrada, são otimizados em cobertura assistencial de populações, em visão de satisfação do paciente, aumento da qualidade de vida e consequentemente da longevidade, reduzindo gastos e desperdícios desnecessários em saúde. (RAMIREZ; NORMAN, 2020)

Porém, a atuação da MFC não ocorre exclusivamente na Atenção Primária, sendo voltada para cuidados primários em saúde direcionados a outros seguimentos de assistência populacional, permitindo assim uma integração do cuidado entre serviços de saúde e fortalecendo a articulação de redes. Dessa forma, em uma visão de priorização dos mais vulnerabilizados, a MFC busca destacar e permitir um olhar de equidade na assistência a populações historicamente marginalizadas, que sofrem

as consequências de um problema além da fragmentação médica: a invisibilização e a negligência de acesso e continuidade do cuidado em saúde de seguimentos populacionais considerados indesejados pelo tradicionalismo estrutural vigente. Assim, o trabalho da MFC promovendo uma assistência integral da pessoa e integrada em redes de cuidados, é materializado em uma dupla resistência de quebra de modelos arcaicos e que buscam subordinar seguimentos mais fragilizados por um processo histórico colonial. Dentre esse seguimento de populações negligenciadas, destacamos a população em situação de rua, portadores de transtornos mentais em uso de substâncias psicoativas e população privada de liberdade. Tais grupos populacionais marginalizados possuem uma intersecção em comum pautada em impactos diretos de determinantes sociais da saúde e de uma visão colonialista de construção e estruturação de espaços geográficos, políticos e de estruturação da academia médica em uma visão elitizada e estigmatizante. (RAMIREZ; NORMAN, 2020)

Nas origens de formação da marginalização, o ato de excluir o diferente e o resistente ao padrão de normalidade é desenvolvido como forma de invalidação e tentativa de sufocamento de um potencial em ascensão na quebra de estruturas tradicionalmente enraizadas e que beneficiam grupos hegemônicos específicos, os detentores de poder. Isso se materializa em um processo de continuidade da marginalização e invalidação de populações indesejáveis à manutenção do socialmente determinado como normalidade pelos detentores do poder. Nessa perspectiva, são alvos de exclusão aqueles que optam por seguir os estudos e os cuidados de resgate, elevação e auxílio na libertação, empoderamento e cuidado integral. Assim, inserido na filosofia de consolidação da prática da MFC à luz de Ian McWhinney, o pensamento organísmico desse estudioso e médico de família tem em suas características aspectos que se interseccionam com tal idealização do processo de marginalização do diferente e da projeção de exclusão e inferiorização de grupos que buscam auxiliar o marginal na libertação e evidência dessas populações negligenciadas. Dessa forma, o pensamento organísmico, quando desenvolvido em parte da atuação da MFC, propõe-se ao entendimento do ser humano como possuidor de propriedades no organismo capazes de aprender, encontrar a cura, realizar a auto-organização, e assim se regenerar, crescer e encontrar a autotranscendência. (RAMIREZ; NORMAN, 2020) Inserindo tal perspectiva no coração de ascensão da MFC pautado no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), a atuação da MFC com populações marginalizadas busca o auxílio na libertação de bloqueios, correntes e prisões historicamente delimitadas pelos detentores do poder e que influenciam diretamente em condições da manifestação do adoecimento biopsicossocial, manutenção e deterioração do adoecimento físico e mental, perpetuando as condições de inferiorização e negligência que prejudicam diretamente a sobrevivência e a manutenção de direitos humanos à vida dessas populações. (RAMIREZ; NORMAN, 2020) Como consequência, auxiliar no fortalecimento e no crescimento de uma especialidade que busca a libertação em frentes de saúde, entendida como qualidade de vida, direitos humanos e protagonismo social seria sinônimo de elevar a especialidade

que busca a quebra de estruturas criadas para excluir e alimentar o crescimento do processo de adoecimento, em sua visão biopsicossocial. Assim, a sociedade cria a doença social para depois responder com a punição e a exclusão. O investimento na reeducação é negligenciado, assim como a preocupação na proteção da pessoa marginalizada, criando e perpetuando cenários de violações de direitos humanos que impossibilitam uma reinserção psicossocial da pessoa segregada. Nessa perspectiva, tendo como foco um dos seguimentos mais marginalizados da sociedade, a população privada de liberdade, as condições sociais historicamente desenvolvidas por elites detentoras de poder alimentam a criminalização para depois trancá-la, afastá-la, segregá-la e puni-la. Porém trancar não é tratar, muito menos cuidar, sem uma mobilização de esforços e atuação para as causas e raízes desse problema complexo. Em uma visão de institucionalização e patologização do que é estruturado como desvio de conduta, o não investimento em cuidado e garantia de direitos humanos faz do crime um fenômeno biopsicossocial. Nessa perspectiva, o investimento em cuidado e em fortalecimento de áreas da medicina que buscam empoderar e resgatar tais populações negligenciadas, assim como empoderar esse seguimento como protagonista, em lideranças que possuam fala, voz, escolhas e promovam mudanças em seguimentos sociais não é uma escolha sábia para a elite tradicionalista, que dita as regras e possui o poder decisório e organizacional. Nesse processo de formação, ocorre o surgimento e a manutenção do estigma do trabalho com populações negligenciadas, com frentes de inferiorização desde a desvalorização do objeto de trabalho, até a forma de trabalho e a estrutura de local de trabalho, em uma busca implícita de quebra e desconstrução de grupos e seguimentos que surgiram como uma inquietação e um movimento anti-fragmentação, elitização do olhar diferenciado ao cuidado do ser humano. Assim, é justificável em uma perspectiva histórica de construção social, de cidades e de consolidação da medicina tradicionalista e biologicista, que a MFC não seja validada como uma especialidade médica e que seja freada na sua expansão de potencial para o exercício pleno de todos os seus valores e capacidades. Dessa forma, o estigma e invalidação pela medicina tradicionalista da MFC é uma reprodução do medo de mudanças inseridas nas propostas e potenciais dessa especialidade, em forma análoga ao realizado a populações negligenciadas. Tal processo é potencializado e continua se perpetuando para a exclusão dos dois grupos, o que cuida e o que necessita de cuidado, por um grande e fundamental motivo: a imersão da pessoa no processo de marginalização acreditando em sua inferiorização imposta por um processo colonial e presa em bloqueios que a impedem de consolidar a mudança partindo de um movimento social na base do sistema estrutural.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro analisou o caso da desinstitucionalização no sistema carcerário de indivíduos em privação de liberdade e portadores de questões em saúde mental, em um período de 2014 a 2021, partindo de uma organização articulada da Rede de Atenção Psicossocial. Dentre as ações do trabalho, ocorreu uma divisão de atuações nas portas de entrada do sistema carcerário e nas de saúde, direcionadas a atividades de cuidado a pacientes portadores de transtornos

mentais, à luz da legislação de proteção aos direitos de pessoas convivendo com transtornos mentais, formalizadas pela Lei nº 10.216/2001, evitando assim a manutenção de padrões de abordagem de segregação, aprisionamento, institucionalização psicossocial em seu caráter punitivo e potencializador da marginalização. Nas ações realizadas, foram enquadradas as discussões de casos complexos manicomializados nas instituições, de forma regular, responsabilizando a rede de cuidado individual de cada pessoa, desconstruindo práticas de segregação, marginalização e institucionalização, na tentativa de aumentar a visibilidade para o exterior, com a intermediação entre o cenário de dentro e o de fora. Foram realizados também resgates de vínculos, trabalhando o poder das relações interpessoais e afetivas, os suportes dos pacientes, entendendo biografias, histórias e relações pessoa, família e comunidades, com mobilização de serviços substitutivos de saúde mental junto a equipamentos sociais e a interprofissionalidade, destacando a educação, cultura e iniciativas de trabalho. Dessa forma, buscou-se uma transformação de atitudes e olhar com mudança da visão de estigma e enclausuramento para a do desenvolvimento da cidadania plena e da garantia de direitos humanos, estando a saúde como questão prioritária em uma perspectiva de qualidade de vida e bem-estar biopsicossocial. Dentre os resultados da intervenção realizada foram observados a contribuição na elaboração de políticas públicas que busquem a redução do tempo de manicomialização no regime prisional, a atitude de combate a uma carreira prisional, assim como uma ampliação da rede em um comportamento ativo e participativo frente à colaboração coletiva do cuidado em uma visão ampliada do infrator portador de transtornos mentais, fatores que agravam a condição de marginalização e as ameaças à qualidade de vida e ao cuidado integral dessas populações. (KEMPER, 2022)

Nessa perspectiva de estudo de casos complexos com multimorbidade mental e social interligadas, em que a situação de privação de liberdade é somada ao contexto de pessoa portadora de transtorno mental, com inserção em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, entende-se a análise de relações existentes em um ambiente híbrido entre justiça e saúde. Dessa forma fortalecemos laços e necessidades de dialogar em conjunto de achados da Reforma Psiquiátrica com o contexto da Reforma Sanitária em uma visualização ampla de questões territoriais, sociais e familiares atreladas à manutenção e a potencialização das necessidades em saúde mental, entendendo o indivíduo como um ser comunitário e que necessita da redução da segregação para a manutenção da cidadania e a garantia de direitos inerentes à pessoa humana. Assim, é essencial o cuidado e enfrentamento de casos de violação de direitos humanos, comumente encontrados nesses cenários de carga amplificadas de condições de segregação e marginalização, potencializadas pela ideia de periculosidade da loucura e da criminalidade associadas, tal qual a construção histórica de manicômios e os objetivos da exclusão da população alvo neles institucionalizada. (OLIVEIRA et al, 2022)

Visualizando a construção estrutural desse cenário de dupla marginalização, destacamos o fator da teorização da luta antimanicomial, com uma dificuldade de operacionalização de ações presentes

na Reforma Psiquiátrica em prol da garantia de um cuidado em saúde integral e articulado com a rede, promovendo a proteção de direitos básicos do cidadão, da dignidade, do protagonismo da pessoa em sofrimento mental e sob situação de isolamento em serviço penal, com exclusão dos ambientes familiares e comunitários. A estagnação e carência do avanço desse debate perpetua a dificuldade para a criação de um planejamento prático, direcionado às principais necessidades a serem superadas na precarização da assistência integral nesses cenários, baseado em evidências, integrando assistência, gestão, famílias e território. Tal priorização de pauta para debate coletivo possibilita a consolidação de estratégias na desconstrução de um estigma histórico e na criação de formas práticas à luz da legislação vigente e do diálogo com políticas públicas eficazes, possibilitando formas de aplicação de planos estratégicos que ampliem o acesso e a qualidade do cuidado em saúde, em uma visão integral do ser humano. Essas ações deverão ser pensadas em uma percepção integrada do ponto de vista da rede em saúde, de suporte e centrada na pessoa na perspectiva de entendimento global das necessidades em saúde desse seguimento negligenciado, buscando o entendimento da pessoa como um todo e do incentivo ao protagonismo cidadão dessas populações. (OLIVEIRA et al, 2022)

3.2 O SISTEMA PRISIONAL E O PROCESSO DE ADOECIMENTO

A população carcerária, ao ingressar no sistema prisional, passa por um processo de segregação e despersonalização, que os aliena da própria cidadania e, conseqüentemente, de muitos de seus direitos básicos. Garantir o direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade sempre foi e permanece sendo um desafio, uma vez que os apenados são fortemente estigmatizados e muitas vezes enxergados como “não cidadãos”, portanto, não sendo vistos como merecedores de assistência em saúde. Sendo assim, estabeleceram-se grandes lacunas relacionadas aos cuidados em saúde no sistema carcerário, de modo a gerar um perfil de adoecimento entre os reeducandos, mais comumente chamados de presos, que reflete as condições nas quais esses indivíduos estão inseridos. (PINHEIRO et al, 2015; BAHIANO; TURRI; FARO, 2021)

Diante desse cenário, as carências no sistema prisional se tornam evidentes na precariedade do oferecimento de serviços de saúde para os reeducandos. Sob essa perspectiva, a superlotação, a falta de estrutura, a escassez de recursos humanos e de recursos materiais e outros fatores culminam na desassistência dos apenados, apesar de mobilizações e do surgimento de políticas para garantir melhores condições de vida no ambiente prisional. Nesse sentido, o cárcere, ao proporcionar um cenário de exclusão social e de condições insalubres, potencializa o adoecimento físico e mental. Sendo assim, a reclusão compromete o processo saúde-doença e os apenados passam a apresentar demandas diferentes da população extra-presídio, o que torna evidente a necessidade de incluir efetivamente essas pessoas no sistema de saúde e de trazer um olhar direcionado às suas demandas específicas. (PINHEIRO et al, 2015)

Um estudo procurou entender o fenômeno de aprisionamento sob a visão do indivíduo que vivencia a experiência da privação de liberdade no sistema carcerário. Visualizou e percebeu padrões de comportamentos de adaptação que foram iniciados pela existência de um cenário gatilho, um ponto estressor contribuindo para a condição de sofrimento e impacto de determinantes sociais no comportamento humano. A percepção coletada a partir da palavra prisão traz a ideia por parte do indivíduo de um ambiente de dificuldades, comprometendo o viver e levando a ameaças em saúde até o ponto do desencadeamento do adoecimento do corpo e da mente, identificando uma correlação e potencialização da multimorbidade física e mental, agravada pela condição social traumática de interrupção de atividades do ciclo vital, ocasionadas pela privação de liberdade e suas consequências psicológicas. Dentre os fatores de proteção identificados estava o destaque para a ideia de esperança frente à construção de um futuro, mesmo diante das adversidades, com uma idealização para a reconstrução de uma vida a partir de oportunidades da reinserção social após a libertação. Porém a expectativa e a ideia de esperança de melhorias no futuro não dialogam com as condições de fatores protetivos existentes no território e no mesmo ambiente que promoveu o desenvolvimento e a manutenção da condição da marginalização e que contribuem para a privação de liberdade, assim como o rótulo de egresso do sistema prisional, auxiliar no agravamento da negligência e segregação dessa população na volta para casa. Essa conjuntura destaca a importância de priorização de ações de reeducação e planejamento da forma como a reinserção ocorrerá, de maneira a empoderar a pessoa e motivar na criação de um plano de vida além das grades, sem permitir que a pressão social de julgamento e marginalização quebrem a perspectiva de futuro e de busca por mudanças de condições de vida. (BAHIANO; TURRI; FARO, 2021)

Como tentativa de assegurar os direitos das pessoas privadas de liberdade, surge o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) em 2003, posteriormente substituído pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) em 2014. No entanto, a implementação e o alcance dessas políticas se mostram limitados e a população carcerária permanece desassistida. Destaca-se, pois, a relevância de garantir mecanismos para a efetivação dessas medidas e, assim, permitir o cuidado em saúde, bem como intervenções para prevenção de agravos e para promoção da saúde nos presídios, envolvendo, além dos presos, aqueles que com eles se relacionam, incluindo seus familiares e trabalhadores do sistema prisional. (PINHEIRO et al, 2015)

Em entrevistas semiestruturadas realizadas em um Complexo Penal Regional no Rio Grande do Norte, identificou-se a percepção do adoecimento pelos apenados, em que alguns destes se referem ao processo como algo repentino, súbito e sem saber relacionar exatamente as causas. Entretanto, muitos apontam as circunstâncias do encarceramento como um fator determinante no adoecimento, mencionando as péssimas condições de higiene, a má alimentação e a insalubridade do ambiente. O

adoecimento mental também foi prevalente nos relatos dos presos, em que foi relatado que a hostilidade do presídio proporcionou o surgimento ou o agravamento de sintomas psicológicos. Logo, observa-se os percalços impostos pelo ambiente prisional sobre o processo saúde-doença. (PINHEIRO et al, 2015)

No que tange às percepções acerca da assistência à saúde, observa-se um conformismo por parcela dos presos, o que pode indicar um processo de alienação em que nem mesmo o próprio indivíduo enxerga a saúde como seu direito, mas sim um privilégio, portanto ficando satisfeito quando alguma assistência é realizada, independente da efetividade e da qualidade desse serviço. Além disso, essas pessoas relacionam um bom atendimento à rapidez no processo e à prescrição de medicações, o que revela a carência de uma assistência holística que contemple o indivíduo e que traga à tona a compreensão acerca do seu papel sobre a própria saúde. Por outro lado, outros expressam insatisfação com a precariedade do serviço de saúde no sistema penitenciário, seja pela insuficiência do serviço em ofertar um cuidado integral, pela falta de transporte para levar a centros de atendimento, pela falta de estrutura e de pessoal ou pelo assistencialismo biologicista empregado nos atendimentos, em que o paciente foi pouco ouvido e reduzido a um “corpo doente”. Em relação à saúde bucal, os tratamentos foram limitados unicamente à extração dentária, sem ser promovida a assistência odontológica adequada. (PINHEIRO et al, 2015)

No que concerne à educação em saúde, essa prática foi compreendida pelos apenados como importante, embora todos tenham relatado a ausência dessas ações durante a permanência no ambiente prisional. Nesse aspecto, as pessoas privadas de liberdade demonstraram interesse em participar de ações e projetos de educação em saúde, até mesmo como maneira de preencher lacunas deixadas pela carência nos atendimentos em saúde no presídio. (PINHEIRO et al, 2015)

Diante do exposto, as necessidades de saúde dessa população requerem intervenções com um olhar direcionado, pois os reeducandos, apesar de comporem um grupo social heterogêneo, possuem um perfil de adoecimento semelhante, resultante das condições precárias do ambiente em que estão inseridos. Ademais, é importante a implementação de programas de educação em saúde como ferramentas para proporcionar o entendimento das PPL acerca dos condicionantes no seu processo saúde-doença e para viabilizar práticas de autocuidado e de promoção da saúde mental, um dos aspectos mais afetados pela hostilidade do ambiente prisional. Dessarte, a Medicina de Família e Comunidade, em um trabalho com a equipe pode, por meio dessas medidas, corroborar a abolição do caráter meramente punitivo do sistema carcerário, possibilitando o olhar ressocializador, de maneira a fomentar o direito à saúde e a dignidade do recluso. (PINHEIRO et al, 2015; BAHIANO; TURRI; FARO, 2021)

3.3 RECORTE DE GÊNERO PARA MULHERES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

O aumento de mulheres no sistema carcerário não foi acompanhado com a ampliação de estratégias efetivas e direcionadas à melhoria do acesso e do cuidado longitudinal de qualidade em saúde desse seguimento negligenciado, com um olhar prioritário para a reinserção social da mulher, e apesar de um aumento de políticas públicas recentes direcionado a mulheres, ainda é uma problemática a necessidade de destaque e consideração de suas especificidades. Em uma análise documental dos períodos de 2020 e 2021, incluindo ações e estratégias não governamentais e governamentais, observa-se que no Brasil existem poucos programas com enfoque de recorte de gênero direcionados a uma reinserção social de mulheres em situação de privação de liberdade, egressas do sistema prisional. Dessa forma o olhar prioritário para o seguimento vulnerável da mulher em situação de dupla marginalização no sistema prisional consiste em um tema desafiador e que abrange a necessidade deste aprofundamento na abordagem da cidadania, direitos humanos, saúde e dignidade com um enfoque na questão de gênero. (SCHULTZ et al., 2020; MIRANDA; GOLDBERG; BERMUDEZ, 2022; CARVALHO et al., 2024)

Um estudo transversal quantitativo realizado no Ceará buscou analisar o acesso à saúde em uma visão de cuidados a mulheres em situação privada de liberdade, associada ao rastreamento de transtornos mentais comuns, com a participação de 90 mulheres inseridas no sistema penitenciário com necessidades em saúde na área de hipertensão, diabetes, tuberculose, sífilis, hepatite B, HIV/Aids, mulheres puérperas ou gestantes. Obteve em seus resultados a visualização das limitações do acesso às necessidades em saúde dessas mulheres, amplificando o estado de violação de direitos humanos básicos em saúde, englobando também barreiras frente a exames disponíveis a essa população. Foram evidenciados que 68,24% das mulheres em privação de liberdade participantes do estudo apresentavam risco de transtorno mental comum, identificado após a aplicação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ) para rastreio de fatores associados a transtornos mentais comuns. (CAMPELO et al., 2024)

Um estudo realizado no interior de São Paulo atuou na análise de mulheres egressas do sistema prisional, com uma discussão da viabilidade técnica da Entrevista Narrativa Clínica Etnográfica, a partir das percepções desse grupo em relação a fatores ameaçadores e estressores existentes no período de privação de liberdade, em como tais fatores impactaram na biografia individual. Nos discursos sobre as trajetórias no sistema prisional, foram expostas as barreiras psicológicas e sociais que antecederam a situação de privação de liberdade, caminhando para as dificuldades existentes no ambiente carcerário, as condições conflituosas e de superlotação, assim como o clima de hostilidade existente. A fragilidade de suporte social e familiar, com vínculos sociais precários, desamparo e distanciamento de filhos, negatividade e somatização ligadas ao trauma dessa quebra de linearidade no ciclo vital, foram consequências da privação de liberdade presentes das narrativas das mulheres, porém também

foi observado a presença de resiliência com a esperança de novas oportunidades de mudanças nas condições de vida futuras. (ALVES et al., 2023)

A violência física contra mulheres em situação de privação de liberdade também é uma problemática abordada dentro do ambiente, atuando como fator estressante e de gatilho para o agravamento das condições de sofrimento mental. Tal cenário contribuiu para o agravamento da situação da extrema violação de direitos humanos, sendo a violência em prisões um fator de estresse e trauma prevalente pelo mundo, comprometendo a saúde física e psíquica em associação. Dentre as ações que consistem na violência contra mulheres são incluídos atos que levem a comprometimento físico, mental, sexual ou sofrimento, considerando também a coerção e a ameaça de realização das agressões. (GAMA-ARAUJO et al., 2020)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Olhar para o cuidado de populações marginalizadas em uma perspectiva de necessidades, oportunidades e fragilidades é olhar para a saúde coletiva e os estudos das políticas de saúde prisional, sendo essencial a imersão da MFC em frentes de ensino, pesquisa, extensão, assistência e estudos de estratégias para operacionalizar, de forma prática, medidas que permitam uma reinserção social eficaz e digna, priorizando um seguimento negligenciados dentro desse grupo de marginais: a mulher em privação de liberdade. (MIRANDA; GOLDBERG; BERMUDEZ, 2022) Assim, a luta pela saúde como um direito humano deve ocorrer em seu conceito pleno de ausência de discriminação de gênero ou classe social, com um destaque para a equidade do olhar a populações marginalizadas no Brasil. Para isso, é necessária a estruturação de medidas específicas que permitam a priorização do acesso e do acompanhamento longitudinal para inseridos em um grupo negligenciado, os grupos mais vulnerabilizados no contexto da marginalização: jovens, migrantes e mulheres, preparando assim os sistemas de saúde para a assistência resolutiva e o pleno atendimento das necessidades em saúde destas populações no ambiente prisional, em uma visão com amplo entendimento do impacto das determinantes sociais da saúde na amplificação e agravamento das condições em saúde desta população, evitando assim que um aprisionamento do corpo, alinhado ao aprisionamento do significado da dignidade humana, potencialize as condições prévias que levaram à situação carcerária. Tal visão da problemática em sua complexidade reforça o conceito de que todo encarceramento, institucionalização e aprisionamento não consistem em tratamento, recuperação ou reeducação, quebrando o sentido do ato de imersão da pessoa em um sistema prisional que não está preparado para a reinserção do cidadão no território.



AGRADECIMENTOS

À CAPES – o presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior –Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001



REFERÊNCIAS

- ALVES, A. M. et al. Clinical ethnographic narrative interview about the experience of women discharged from the prison system. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 32, p. e20220329, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/bYBDgLH5WwzQ5PZfBLmhgWw/?lang=en>. Acesso em: 30 out. 2024.
- BAHIANO, M. DE A.; TURRI, G. S. DE S.; FARO, A. Percepção da experiência de primeiro aprisionamento em uma unidade prisional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, n. spe4, p. e217678, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/MWwcCQCdsqTSJXMjwjQMSzK/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2024.
- CAMPELO, I. L. B. et al. Acesso e cuidado à saúde de mulheres privadas de liberdade na penitenciária cearense. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 6, p. e09172023, jun. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mppkG7nQmkG43fXnv9rvTMp/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2024.
- CARVALHO, M. T. V. F. et al. Profile of female users of prescribed psychotropics in a prison unit in Minas Gerais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 33, p. e20240002, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/FvJfqxWT8D46mkmRTNC3TBB/?lang=en>. Acesso em: 30 out. 2024.
- GAMA-ARAÚJO, I. S. et al. Physical violence inside female prisons in Brazil: prevalence and related factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 623-632, fev. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SpjcTK99FvKJkSSXn45hNpF/?lang=en>. Acesso em: 30 out. 2024.
- KEMPER, M. L. C. Desinstitucionalização e saúde mental de privados de liberdade com transtornos mentais: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 12, p. 4569-4577, dez. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XMFMBMPmpymg7dXGkBxT84y/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2024.
- MIRANDA, R. B.; GOLDBERG, A.; BERMUDEZ, X. P. D. Programas de reinserção social para egressos do sistema prisional no Brasil: há um olhar para o recorte de gênero? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 12, p. 4599-4616, dez. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Kkv6VbqHPPXs5TNDtq9vkWK>. Acesso em: 28 out. 2024.
- OLIVEIRA, A. S. et al. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no sistema prisional: a morte social decretada? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 12, p. 4553-4558, dez. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kyWZSZ8ytjv4xJTgCnJDRLn/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2024.
- PINHEIRO, M. C. et al. Perfil de adoecimento dos homens privados de liberdade no sistema prisional. *Investigación y Educación en Enfermería, Medellín*, v. 33, n. 2, p. 269-279, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000200009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2024.
- RAMIREZ, J. B.; NORMAN, A. H. A filosofia da Medicina de Família e Comunidade segundo Ian McWhinney e Roger Neighbour. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 1991, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1991/1530>. Acesso em: 28 out. 2024.
- SCHULTZ, Á. L. V. et al. Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, p. e300325, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/9ZG5kXknWnwXNJFkyTmBV9m/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2024.