AUTORES:Carlos Eduardo Prates Fonseca ¹Lenilde Duarte de Sá ²Érika Felício Freitas ³¹ Faculdades Integradas do Norte de Minas (FUNORTE), Minas Gerais, Brasil² Universidade Federal da Paraíba, Brasil³ Universidad Americana, Assunção, Paraguai<https://doi.org/10.5628/rpcd.17.S3A.130>**Doença como punição
ou saúde como direito:**O discurso de privados
de liberdade e a avaliação
do cuidado à saúde
no cárcere**PALAVRAS CHAVE:**

Saúde nas prisões. Discurso.

Avaliação em saúde. Políticas de saúde.

RESUMO

Analisou-se, segundo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, como custodiados no Presídio Regional de Montes Claros, Minas Gerais, avaliam o acesso ao cuidado em saúde. Aplicou-se pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, com sujeitos do sexo masculino, que responderam a uma entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por análise do discurso. Concluiu-se que os privados de liberdade foram parcialmente inseridos no sistema único de saúde e passaram a contar com cuidados em Atenção Primária em Saúde e aprovam a situação, a qual evoluiu de atendimento ineficiente para acesso primário e estruturado; contudo, os serviços enfrentam dificuldades para oferecer assistência integral. Recomenda-se a adoção de políticas de melhorias nos processos de trabalho e que o cuidado em saúde na prisão se dê nas redes de atenção à saúde.

Disease as a punishment or health as a right:
the speech of those deprived of freedom
on healthcare in prison

ABSTRACT

The present study analyzed how, according to the National Health Plan in the Prison System, the prisoners at the Regional Prison of Montes Claros, Minas Gerais, evaluate the access to healthcare. It was a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, with male people, who answered a semi-structured interview. Data were analyzed by discourse analysis. It was concluded that those who are deprived of freedom were partially inserted into the unic health system; now they can count on the primary health care and approve the situation, which evolved from inefficient to primary; however, the services are facing difficulties to provide a full assistance care. The adoption of improvement policies in the work processes is recommended; additionally, health care in prison should happen in the context of healthcare networks.

KEY-WORDS:

Health in prison. Speech. Health evaluation.

Health policies.

INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto de pesquisa de dissertação, que teve como objeto de investigação a avaliação da assistência à saúde feita pela pessoa privada de liberdade, assim como da necessidade de cuidados no sistema penitenciário mineiro. A assistência à saúde no Brasil, no sistema único de saúde (SUS), atualmente, é dispensada à população encarcerada, segundo o que já preconizava a Lei de Execução Penal (LEP), desde 1984. Porém, apenas em 2003 o Ministério da Saúde (MS), juntamente com o Ministério da Justiça (MJ) instituíram o plano nacional de saúde no sistema penitenciário (PNSSP). O objetivo é adequar a assistência em saúde às necessidades do indivíduo encarcerado, em uma perspectiva de prevenção e promoção da saúde. Além disso, busca focalizar suas ações em atividades prioritárias, baseando-se em instrumentos epidemiológicos e investindo em grupos de risco, uma vez que a insalubridade e a superlotação nas unidades prisionais propiciam a disseminação de doenças infectocontagiosas (Brasil, 1984, 1990; Ministério da Saúde, 2010; Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, 2013).

A portaria interministerial MS/ MJ nº 1.777/2003 prevê mudanças no atendimento em saúde nas unidades penitenciárias e no gerenciamento deste atendimento, subordinando-o às diretrizes do SUS (Ministério da Saúde, 2010).

A saúde é um direito constitucional, universal e extensivo a todos os cidadãos, inclusive às pessoas privadas de liberdade (PPL), que devem efetivamente ser protegidas da discriminação social e do desrespeito aos direitos humanos fundamentais, afetados diretamente em relação à saúde da população, especialmente a de grupos vulneráveis. Para Pinheiro (2004), o direito à saúde, como um direito de cidadania, constitui-se em estratégia política baseada em uma abordagem afirmativa dos problemas demandados pela população. Neste contexto, incluindo-se, também, a participação social. Para a autora, devido a esta abordagem, surgem respostas governamentais que se baseiam em práticas que associam o exercício da democracia à participação política em diferentes espaços públicos, estatais ou não, e a garantia de acesso aos bens materiais e serviços de saúde.

Nesta conjuntura, optar pela compreensão ideológica do acesso da PPL ao cuidado em saúde, relacionando estrutura social, contexto e discurso, no fito de se conhecer crenças, valores e ideologias, consoante teorizações de Orlandi e Guimarães (1986), permite enfatizar contextos históricos e condições de produção específicas, explicitando-se, assim, as condições de produção do dizer.

Assim sendo, no estudo original deste artigo se inquiriu, em relação aos preceitos do PNSSP, buscando conhecer como a pessoa privada de liberdade percebe e avalia a qualidade da assistência em saúde dispensada no Sistema Prisional.

MÉTODO

Para a construção do estudo, foram utilizadas técnicas de pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, considerando que o método qualitativo “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (Minayo, 2007, p. 57). Como técnica de análise, escolheu-se a análise do discurso (AD) de matriz francesa, considerando que “pelo discurso, lugar de produção de sentidos e de processos de identificação dos sujeitos”, pode-se chegar a uma compreensão mais adequada do lugar de interpretação na relação do homem com sua realidade e, por conseguinte, refletir acerca de relações significativas (Orlandi, 2010).

AMOSTRA

Foram identificados de 18 potenciais colaboradores para o estudo, custodiados antes da implementação da equipe de atenção penitenciária do PNSSP, e, dentre eles, nove aceitaram participar da pesquisa.

A pesquisa foi apreciada e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), conforme processo nº 2.532 e foi realizada de acordo com as normas e preceitos éticos da Resolução nº 196/ 1996 (Brasil, 2012). Procedeu-se à aplicação de instrumento de entrevista semiestruturada, contemplando as questões e objetivos contidos nesta investigação, com as quais se ensejou obter os dados mais relevantes acerca do objeto de estudo. Tal instrumento foi previamente testado. A produção do *corpus* foi desenvolvida em três fases: gravação, transcrição e análise de informações, feita por meio da técnica de AD.

INSTRUMENTOS

Para a construção do estudo foram utilizadas técnicas de pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, considerando que o método qualitativo “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (Minayo, 2007, p. 57) e que, por meio do método descritivo, busca descrever características e estabelecer relações, enquanto que o método exploratório se propõe a buscar uma maior familiaridade com o problema, explicitando-o e levando à compreensão do mesmo (Kauark, Manhães, & Souza, 2010).

A produção do *corpus* foi desenvolvida em três fases:

1. gravação: primeiramente, foi realizado o contato com os possíveis colaboradores para participação no estudo; exposição dos objetivos da pesquisa, convite à participação de forma espontânea e, caso o privado de liberdade manifestasse interesse em participar, procedia-se à assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; elaboração prévia de questionário com questões norteadoras, testado anteriormente pelo autor; gravação de entrevista como instrumento de coleta de dados.
2. transcrição: etapa de apropriação das falas gravadas dos colaboradores durante a entrevista, redigidas na íntegra como foram ditas pelos colaboradores, de forma que assegurem a formação de um corpo documental a ser trabalhado.
3. análise de informações: etapa feita por meio da técnica de AD, com a qual se ordenaram os dados segundo as respostas dos detentos, analisando seu discurso a partir das categorias selecionadas, e segundo as Formações Discursivas que emergiram dos discursos nas falas dos colaboradores no estudo (Orlandi, 2010).

RESULTADOS

A INSERÇÃO DA POPULAÇÃO PRISIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

O Ministério da Saúde e o Ministro da Justiça editaram, em 09 de Setembro de 2003, a Portaria Interministerial nº 1.777, que implementa o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, após 19 anos da edição da LEP/1984, devido à importância de definição e implementação de uma política de saúde que contemplasse a população confinada em prisões, pois deviam ter acesso a ações e serviços de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema SUS. O intuito foi viabilizar uma política de atenção integral à saúde da população compreendida pelo sistema penitenciário nacional, e estimada em mais de 200 mil pessoas distribuídas em todas as unidades federadas (Brasil, 1984, 1990; Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, 2013). Criado em 2003, o PNSSP foi uma ação estratégica, em consonância com a legislação vigente, que enfatiza a garantia do direito à saúde para o conjunto da população brasileira, inclusive, aquela confinada em unidades penitenciárias. A proposta do PNSSP está centrada em ações a serem desenvolvidas em APS, inserindo-se no enfoque de saúde e direitos humanos, contemplando os determinantes sociais e políticos relacionados ao grupo vulnerável em questão, o paciente privado de liberdade. Tal proposta visa lograr melhorias na equidade em saúde penitenciária, reorientando-se os processos em saúde para o desenvolvimento de uma política inclusiva, transparente e apoiada por compromissos legislativos e financeiros (Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, 2013).

O estado de Minas Gerais, em 2004, foi um dos quatro primeiros da federação a se habilitarem ao PNSSP. Do universo das atuais 129 unidades penitenciárias geridas pela Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais (SEDS), cerca de 26 unidades se habilitaram (conforme critérios mínimos previamente definidos pela Portaria 1.777/ 2003) e estruturaram unidades de saúde, neste artigo denominadas unidades básicas de saúde prisional (UBS-P), para assistir sistematicamente ao privado de liberdade (Secretaria de Estado de Defesa Social [SEDS], 2012).

Dentre as unidades prisionais habilitadas no PNSSP, o presídio regional de Montes Claros/ MG (PRMOC), com capacidade estrutural instalada para custódia de 592 apenados, foi credenciado no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), no ano de 2008, como UBS-P, e, desde então, possui equipe de atenção básica prisional (EABP) interdisciplinar que se propõe a dispensar assistência em APS à pessoa privada de liberdade, segundo os preceitos do PNSSP.

Estando a ESP inserida no ambiente/território em que se encontra o paciente, ela se atém ao desenvolvimento de ações em saúde sob uma perspectiva promocional e à responsabilização sanitária, por meio dos atributos essenciais da APS: acesso do primeiro contato do indivíduo ao sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; e, coordenação da atenção (Starfield, 2001).

Contandriopoulos, Champagne, Denis, e Pineault (1997) formularam uma das definições mais simples e abrangentes em avaliação. Segundo os autores, a avaliação pode ser considerada como um julgamento referente às intervenções ou relacionada a qualquer um de seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. A avaliação tem por objeto tanto as práticas cotidianas até as relacionadas ao trabalho, em quaisquer que sejam as áreas, envolvendo intervenções sociais de forma planejada. O significado do termo “julgamento” também pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo, ou até mesmo uma análise do fenômeno.

Inaugurado em novembro de 2007, o PRMOC recebeu primariamente a população encarcerada oriunda da antiga cadeia pública da polícia civil de Montes Claros-MG. Inicialmente, o encarcerado dispunha de assistência de Enfermagem e psicossocial, até que, em meados do ano de 2008, já com sua capacidade física instalada ocupada, a unidade prisional, teve sua equipe de saúde penitenciária lotada para assistir ao paciente recluso. Já no início do ano de 2009, o núcleo de saúde prisional foi credenciado junto ao cadastro nacional de estabelecimentos de saúde do SUS como estabelecimento ambulatorial de atenção primária em saúde, no módulo ‘equipe de atenção à saúde no sistema penitenciário’, neste estudo denominada, “equipe de saúde prisional” (SEDS, 2012).

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE PÓS IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO NO PRMOC

Serão apresentadas, a seguir, as interpretações das PPL, atualmente no PRMOC, pelas quais se observam indícios concernentes à avaliação da assistência em saúde a eles dispensada.

O acesso e a acessibilidade apresentam determinantes e fatores que norteiam a utilização dos serviços de saúde, sendo eles relacionados à: necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; aos usuários – idade e sexo, região, renda, educação, religião e características psíquicas; aos prestadores de serviços – idade e sexo, tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do Sistema (Pineault & Daveluy, 1986).

Para Hartz e Vieira-da-Silva (2005), a compreensão dos contextos relacionados ao sucesso ou à resistência organizacional devem ser imprescindivelmente mensuradas e analisadas, no momento de explicar porque e como se dá a efetividade das ações propostas pelos programas de saúde. Os sujeitos, neste estudo, puderam, por meio de suas vivências e concepções, avaliar a qualidade do serviço de saúde a eles ofertado, como se percebe no fragmento discursivo:

Bem, a qualidade de atendimento daqui está longe do ideal, porém, é uma novidade pra mim, baseado no que eu conhecia de atendimento anterior em outras unidades penitenciárias que eu tenho passado. A unidade aqui, com o pouco recurso que dispõe, faz praticamente milagre! Porque, uma coisa que observo aqui e louvo, é o atendimento, a atenção dos enfermeiros [...]. Um curativo é feito imediatamente quando a gente necessita... medicamento para dor [...] para dor não nos falta. Falta-nos medicamento controlado, de uso contínuo, porque exige receita médica, e médico aqui é uma coisa rara, porque a unidade não consegue – não sei por que motivo – manter uma assiduidade, uma frequência de médicos nesse estabelecimento (ANDORINHA. ITÁLICO NOSSO).

No fragmento do discurso de Andorinha afloram indícios de uma formação ideológica de que o acesso à saúde ofertado pelo PRMOC era melhor que o da prisão anterior. Sua nova identidade permite o resgate do dizer de Orlandi (2010), quando fala da dificuldade de se dar o sentido às palavras. É o que ocorre com o termo “ideal”, usado por Andorinha no excerto “a qualidade de atendimento daqui está longe do ideal”, cujo sentido é relativo e muda de um grupo a outro, e, conforme contextos e relações políticas e de poder dentro de espaços sociais diferentes e do lugar de onde falam os sujeitos, neste caso, o cárcere. Diversos sentidos poderiam ser atribuídos a um acesso ideal de atendimento em saúde, dentre eles, acesso a consultas médicas e medicamentos de uso restrito.

Ao apontar o que julga serem iniquidades no cuidado em saúde no PRMOC, quando se trata de acesso a medicamentos sob controle, além de lamentar a infrequência de médicos no local, Andorinha diz: “e médico aqui é uma coisa rara, porque a unidade não consegue – não sei por que motivo – manter uma assiduidade, uma frequência de médicos nesse estabelecimento”. O trecho e o contexto de seus enunciados permitem inferir que ele sabe o motivo, sim! Ou seja, ele nega nos enunciados, mas afirma na enunciação. Esta é uma definição de ironia. Ser irônico se configura em transferir à unidade prisional, sobretudo na figura do estado, a responsabilidade da não manutenção de profissionais médicos integrando a ESP. Os sentidos convergem para a ideia de que o acesso a cuidados médicos é um direito seu, enquanto custodiado pelo estado, por isso protesta a presença desse profissional e ironiza, até.

A esta altura, e dentro desse contexto, há que se fazer um aparte, já que se deve levar em conta, dados os interdiscursos que atravessam o discurso do sujeito sob cárcere com base no modelo flexneriano. Este modelo assistencial, até então vigente no sistema de saúde brasileiro, colide frontalmente com a proposta do PNSSP que prescreve que o apenado deve ter acesso a ações e serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde, e não a cuidados puramente curativos. A presença da classe profissional médica, em momento algum, deve se voltar simplesmente aos cuidados curativos na saúde prisional, como se posiciona o sujeito, sob pena de fadar ao fracasso um plano recém implementado, o PNSSP. O sujeito segue com as formações ideológicas em um contexto sob nova perspectiva de atenção à saúde, e isso dificulta a mudança no processo de construção do modelo assistencial de saúde no sistema prisional.

O discurso de Andorinha, no fragmento a seguir, corrobora a existência dos vários sentidos do significado de ideal, palavra usada no fragmento discutido anteriormente (atendimento longe do ideal):

Bem, essa questão eu vou considerar como ‘mudado de água pra vinho’ [...] No estabelecimento penal anterior, onde eu cumpri sete anos, o presídio Alvorada, além de dormir no chão, que gera uma série de problemas de saúde, problemas respiratórios e tudo [...] Eu também tenho problema de coluna, até por isso... Permaneci sete anos no chão, deitado ou sentado. Nunca conseguia sentar numa posição normal como a que eu estou aqui agora. Então, a mudança foi radical, porque lá o atendimento era quando a gente estava morrendo, muitas vezes até morria antes de ser atendido. (ANDORINHA. ITÁLICO NOSSO)

Seria a expressão “mudado de água para o vinho”, em que “água” seria a cadeia anterior com mau atendimento e condições de vida precárias e vergonhosas “o atendimento era quando a gente estava morrendo, muitas vezes até morria antes de ser atendido”, e “vinho” o PRMOC e suas condições, no dizer do discurso deste sujeito, bem melhores, mas, segundo ele, não ideais. Seria “a mudança foi radical” o ideal para Andorinha, e ambos os sintagmas aqui em conformidade com o atendimento ideal do PRMOC? Difícil dizer, porque os sentidos deslizam, mas a formação discursiva na avaliação de Andorinha desvela uma identidade

de sujeito aturdido, envolto em sentidos e formações socioideológicas e, com certeza, sua avaliação da assistência à saúde, neste fragmento, fica à deriva, em meio aos sentidos deslizantes dos lexemas que optou por usar, apesar de tendenciar a avaliá-la como boa.

Também, acresça-se que o PNSSP prevê que uma ESP assuma responsabilidade sanitária e tenha vínculos com um contingente de até 500 pessoas privadas de liberdade, em uma infraestrutura criteriosamente pré-definida para tal (Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, 2013). Porém, no PRMOC, atualmente, há um quantitativo que permeia o dobro de apenados do preconizado pelo MS e a infraestrutura não comporta as demandas em saúde, o que dificulta a realizações de ações programáticas em prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde do custodiado. É neste contexto que agora se lê outro fragmento do discurso de Andorinha.

A unidade não tem um médico, e precisa porque *aqui nós somos quase 1000 internos*. A administração e o corpo de saúde aqui fazem milagre para manter sob controle a nossa saúde aqui, eles fazem verdadeiros milagres [...] são pessoas bem-intencionadas, mas com um mínimo de recurso possível na unidade. Tem muita coisa que tem que ser feita ainda [...] embora esteja bem melhor do que já foi no passado! (ANDORINHA. ITÁLICO NOSSO.)

O sujeito faz uma avaliação, apesar de considerar o acesso à saúde melhor do que o obtido na antiga cadeia pública, denuncia a falta de profissionais médicos na ESP e desvela o esforço dos profissionais atuantes, frente a precariedade de recursos, apontando para o descaso pelo atendimento em saúde e a falta de infraestrutura desejável “a unidade não tem um médico, e precisa, porque aqui nós somos quase 1000 internos.” De seu discurso emerge uma identidade em consonância com os agentes administrativos e o corpo de saúde, uma convivência pacífica, ainda que gerenciada pelas relações de poder no cárcere, mas que, neste caso, aparentemente, parece não se exercer com mãos de ferro.

Andorinha destaca a atuação do profissional de enfermagem, em seu entender, de (santo) milagreiro. Ao evidenciar o serviço competente dos enfermeiros, em seu discurso fica clara a visão da pessoa privada de liberdade advinda da nova formação socioideológica em relação à falsa hierarquia existente entre médico-enfermeiro (poder) e o conhecimento do médico *versus* enfermeiro (valor simbólico – poder), dadas às diferentes atribuições e prerrogativas das duas classes profissionais, considerando ainda, que essa falsa hierarquia restringe a atuação dos profissionais de enfermagem, por mais que estes sejam dedicados. O discurso também é interpelado pela memória discursiva que evoca o enfermeiro sob os auspícios da religiosidade, da abnegação e caridade. Sua interpretação acerca da atuação dos enfermeiros é bastante positiva, porém os situa em posição diferente da de profissionais médicos. Vejamos: porque os enfermeiros, eles fazem o que podem, mas têm uma atuação limitada, não podem diagnosticar coisas que o médico diagnostica (Andorinha).

Este mesmo sujeito, em relação aos serviços de enfermagem, analisa o atendimento, percorrendo em relação à inexistência de profissionais de saúde na antiga cadeia pública, com vínculo/cuidado longitudinal, que assistissem ao privado de liberdade. Seu discurso denuncia o descaso no atendimento e a precariedade de uma assistência que chegava às raias da existência de um preso atuando como que um profissional da enfermagem e de um ex-encarcerado que, em “condições precaríssimas” distribuía medicamentos oriundos de doações de “amostra grátis”, sendo esta, na maioria das vezes, a sua única forma de acesso a medicamentos na prisão. O excerto “naquelas condições precaríssimas” desnuda a prática do Estado moderno, diretamente vinculada ao biopoder, consoante o que afirmam Rabinow e Rose (2006), ao considerarem que este envolve um ou mais discursos de verdade acerca do caráter vital dos seres humanos, em um conjunto de autoridades e estratégias de intervenção na existência coletiva em nome da vida e da saúde. O trecho evidencia que, a despeito de estar sob a tutela do Estado, e por não ter direitos fundamentais garantidos, nem mesmo quanto às condições de salubridade dos estabelecimentos de custódia, se constitui em uma das diversas formas de subjugação dos corpos e controle de populações. Isso aponta indícios que concorrem para avaliar negativamente o acesso à saúde na antiga cadeia pública:

Porque enfermeiro lá eu não lembro que nunca ter existido, era um preso que trabalhava com a enfermária. Escalava um preso e esse preso lidava com a enfermária, naquelas condições precaríssimas, porque não existia remédio e eu lembro até de um ex-detento que doava amostras grátis de medicamentos para a gente lá e essa era a única fonte de medicação que a gente tinha era através dessa doação. (ANDORINHA)

Análise-se a seguir, como o sujeito designado por Canário avalia o atendimento em saúde após a implementação da USP no PRMOC: “remédio sempre tem, quem toma remédio controlado todo dia tem, entendeu?” (Canário)

O discurso deste respondente também se vincula ao modelo flexneriano de atenção à saúde, porque se refere apenas aos cuidados curativos, controlados ou não, que sempre lhe são disponibilizados quando necessita, sem fazer qualquer referência a ações e serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde. Ele avalia o cuidado em saúde como positivo.

Com a incorporação da ESP ao cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, o Ministério da Saúde passou a fornecer o “kit de medicamentos” para a saúde penitenciária, complementando o elenco básico da lista de medicamentos padronizados pelo sistema penitenciário estadual, já utilizado desde o advento da constituição da ESP e do início das ações e dos serviços em saúde. O discurso de Canário revela uma identidade de pessoa privada de liberdade conformada e de natureza individualista, em relação a seus direitos.

Tal e qual Canário, o sujeito denominado por Curió avalia como positivo, nos dois excertos a seguir, o cuidado em saúde dispensado no PRMOC. Porém, interpreta-a em função da

oferta de ações e serviços em que foi contemplado de forma individual. Contudo, pondera, por meio de seu ideário, que as mesmas ações e serviços em saúde ele não acessaria se estivesse ainda custodiado na antiga cadeia pública. Aflora a ideia de que a UBS-P e os profissionais integrantes da ESP trouxeram ao PRMOC reconhecimento como unidade prisional com condições mais adequadas de custódia, agindo de maneira mais humana e respeitosa ao direito à saúde da pessoa privada de liberdade.

A assistência em saúde que eu estou recebendo no dia-a-dia aqui no presídio está sendo ótima [...] Devido ao meu problema de saúde, os assistentes que se encontram aqui nesse presídio, que trabalham aqui, me dão assistência toda vez que eu preciso, e isso está sendo ótimo para mim por causa do meu problema de saúde! [...] que era uma coisa que lá não tinha! e aqui melhorou 100% a respeito disso aí, para o preso que se encontra com problemas de saúde [...]. (CURIÓ. ITÁLICO NOSSO.)

Quanto ao acesso ao cuidado em saúde dispensado pela prisão em que se encontrava anteriormente custodiado, Curió avalia positivamente o acesso ao cuidado em saúde no PRMOC, considerando-o substancialmente melhor do que a da prisão anterior, por possuir equipe de saúde para assistir ao paciente. Ele também vincula sua avaliação ao modelo flexneriano de atenção em saúde, pois, em seu discurso, refere-se sempre ao atendimento à sua saúde, não abordando temas centrais de uma atenção não apenas curativa. Sua formação discursiva em avaliação demonstra uma concepção hegemônica de atenção em saúde construída sobre pilares de formações socioideológicas anteriores.

Curió, ao discorrer acerca de sua condição de saúde e relacioná-la ao cuidado que lhe é dispensado no PRMOC, expressa admiração pelas mudanças ocorridas no acesso ao cuidado em saúde ao ser transferido de unidade penitenciária. Assim, ele considera exitosa a atual experiência. Seu discurso aponta para uma organização elogiosa do sistema, mas, apesar de sua avaliação positiva do PRMOC, seu entendimento em relação à atenção em saúde é ainda vinculado ao modelo flexneriano (Flexner, 1910), por razões óbvias em seu discurso. Leiam-se os enunciados, a seguir, que comprovam as assertivas anteriores.

Há três anos e meio faço tratamento... a experiência que eu estou tendo aqui dentro do presídio é que nunca imaginaria que a gente preso e a assistência da unidade carcerária podia melhorar assim desse jeito. Porque é muito bom para nós do jeito que estão fazendo hoje, dando assistência para o preso que se encontra com uma doença, já que não é fácil para nós [...] mas... aqui está sendo muito bom para mim, está sendo uma experiência boa. Faço tratamento no hospital e até hoje nunca tive nenhuma dificuldade não, porque sempre foi agendado consulta para mim [...] e eu tenho ido lá (CURIÓ).

Ao final das análises e avaliações, com base nos discursos das pessoas encarceradas, sujeitos neste estudo, é oportuno tecer considerações atinentes às análises dos blocos discursivos, e a abordagem de um aspecto: as análises do discurso das formações discursivas aqui apresentadas transcorreram com nossa consciência de que não é possível tratar as categorias isoladamente, por serem elas parte do discurso e por isto, se imbricam, se entrelaçam e se fundem nesse discurso dos sujeitos, estes sempre e inegavelmente coletivos. Por ser produzido por pessoas pertencentes a um determinado contexto nas quais as condições materiais de produção são próprias do ambiente em que vivem, o discurso acata discursos outros e permite a outras vozes cruzar a sua própria voz (interdiscursividade). Assim, as categorias se diluíram ao longo das análises, embora tenhamos nos empenhado e esperamos ter conseguido dar destaque a todas elas.

As formações discursivas, provenientes das formações socioideológicas, engendradas pela cultura, escolaridade e pela interação social também se entrecruzam e dão origem às versões de identidades dos indivíduos, e, com os sujeitos isto não constituiria exceção. Por essas razões, as análises do discurso dos privados de liberdade devem ser lidas como plenas de versões de identidade, de relações de poder e atendimento em saúde no cárcere, com formações discursivas categorizadas para nortear as análises do discurso dos dados compilados.

Quanto ao aspecto que merece abordagem por ser linguística, discursiva e pragmaticamente interessante, destacamos a presença de uma terminologia específica utilizada pelo grupo de indivíduos para se comunicarem, evidência de que os colaboradores formam um grupo social, uma sociedade, com regras próprias de conduta, moral, linguagem e de poder. O uso singular de mecanismos semânticos, as metáforas, garante o fato de que novas identidades e ideologias se agregaram às suas identidades e compõem as formações discursivas destes cidadãos, com o mesmo direito de assistência em saúde que o indivíduo livre, independentemente de sua condição de infrator da lei.

CONCLUSÕES

Analisar o discurso da pessoa privada de liberdade acerca do acesso à assistência em saúde dispensada no PRMOC, na perspectiva da avaliação de implementação incluiu relações entre os processos e os meios necessários para que este acesso ocorra. Tal propositura teve o potencial de responder o que mudou nos processos de acesso à atenção à saúde dos privados de liberdade com o plano de saúde implementado e como se dá a assistência em atenção primária em saúde. Ao analisar a percepção do privado de liberdade acerca da assistência em saúde a ele dispensada, segundo preceitos do PNSSP, a relação entre a intervenção (diretrizes e preceitos do PNSSP) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos se tornou particularmente importante, uma vez que a intervenção é bastante complexa, com múltiplos componentes, contingências e peculiaridades do sistema penitenciário e de perfil da população sob cárcere.

Um dos resultados evidenciados PNSSP foi a inserção de uma população historicamente excluída e negligenciada (as pessoas privadas de liberdade), a despeito de direitos consti-

tucionalmente garantidos e ratificados pela Lei 8.080/1990, pois o plano estendeu à população sob cárcere a atenção em saúde no SUS.

Pelo presente estudo, evidenciou-se que, em se tratando de requisitos como 'cobertura', 'acessibilidade', 'qualidade técnico-científica' e 'eficácia', o privado de liberdade depõe a favor de uma situação que evoluiu da desassistência a um acesso primário e estruturado aos serviços de saúde intramuros. A pessoa privada de liberdade percebe e avalia a assistência em saúde dispensada no presídio estudado como "boa" a "muito boa" nos quesitos de cobertura e acessibilidade. Sendo que estas avaliações foram expressas principalmente pelas relações que permeiam o acesso ao primeiro contato do indivíduo com os serviços de saúde prisional a cada novo contato e pelo vínculo longitudinal com os profissionais da ESP, em especial na figura dos profissionais da Enfermagem, que são citados como referência de cuidado e de confiança na relação usuário *versus* profissional.

O advento do PNSSP trouxe ao cuidado em saúde prisional qualidade técnico-científica, já que, conforme relatos da pessoa privada de liberdade, anteriormente, a população sob custódia não dispunha de equipe profissional de saúde legalmente habilitada que se responsabilizasse sanitariamente por suas condições de saúde. Assim, se por um lado a atenção profissional introduz a qualidade técnico-científica na prestação das ações e serviços de saúde penitenciária, por outro, os demais quesitos evidenciados falam a favor de eficácia dos serviços prestados.

É pertinente ressaltar que o discurso do privado de liberdade está diretamente vinculado ao modelo de cuidado biomédico, sendo esta uma das barreiras a serem superadas pela ESP na atenção em saúde penitenciária. Ainda que no PRMOC, ao contrário da antiga cadeia pública, o custodiado conte com estrutura física e ESP para o cuidado em saúde, faz-se menção à forma de atendimento hospitalar "imediato" que era recebido anteriormente, evidenciando-se um olhar estritamente voltado ao cuidado curativo. O cárcere e suas conjunturas, dadas as condições e condicionamentos psicossociais existentes, reforçam o paradigma do modelo flexneriano no ideário dos apenados. O modelo flexneriano imprimiu na vida e no imaginário dos sujeitos em estudo a ideia de que o cuidado perpassa por acesso à consulta médica e ao tratamento medicamentoso, em detrimento de ações de prevenção e promoção da saúde.

Neste estudo, percebe-se também uma sobrecarga dos profissionais da enfermagem, tanto no aspecto técnico, quanto legal, já que esta é uma das profissões citadas no estudo como a que mantém maior vínculo nos processos do cuidar com os privados de liberdade. Aliado a isso, há a inexistência de protocolos assistenciais institucionalizados para respaldarem legalmente e ampliarem as ações e cuidados dispensados pelos profissionais nas UBS-P, uma vez que tais protocolos em muito contribuiriam para o alcance da integralidade do cuidado dispensado.

São sutis nuances da doença vista como punição, ainda que com o PNSSP, a saúde passa a ser tida como direito da pessoa privada de liberdade e a forma de se garantir acesso igualitário. Justo e eficaz em saúde prisional, perpassa principalmente pela inclusão das UBS-P nas redes de atenção em saúde para que o acesso ao cuidado em saúde na prisão se dê em todas as instâncias do SUS e ainda pela adoção de políticas de melhorias nos processos de trabalho dos profissionais integrantes das equipes de atenção básica prisional. Recomenda-se que para melhorias nos processos de trabalho dos profissionais integrantes das EABP e para que o acesso da pessoa privada de liberdade ao cuidado se dê de forma integral e resolutiva. Portanto, é imperativo que o estado se proponha à elaboração e institucionalização de protocolos assistenciais em saúde prisional, na busca por ampliar o leque de ações e cuidados dispensados e também para a prática profissional sob respaldo legal e técnico dos mesmos, contemplando, assim, um olhar voltado à epidemiologia do cárcere.

Por fim, enfatiza-se a necessidade de que novos estudos sejam realizados para a elucidação mais adequada da problemática estudada, contribuindo para difusão do conhecimento acerca do tema e para a consolidação do SUS como política pública de saúde também acessível à população sob cárcere.

REFERÊNCIAS

Brasil. (1984). *Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984*. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União. Brasília.

Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990.

Brasil. (2012). *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Dispõe sobre aspectos éticos a serem observados na pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. F., & Pineault, R. (1997). A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In Z. M. A. Hartz (Org.), *Avaliação em saúde* (pp. 29-48). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada* (Bulletin 4). New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching.

Hartz, Z. M. A., & Vieira-da-Silva, L. M. (2005). *Avaliação em saúde: Modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (10. Ed.). São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde. (2010). *Legislação em saúde no sistema penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. (2013). *Portaria Interministerial MS/ MJ nº 1.777, 09 de setembro de 2003*. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 11 set. 2003.

Orlandi, E. P. (2010). *Análise do discurso: Princípios e procedimentos* (9. Ed.). Campinas, SP: Pontes.

Orlandi, E. P., & Guimarães, E. R. (1986). *Unidade e dispersão: Uma questão do texto e do sujeito*. São Paulo: Cadernos PUC.

Pineault, R., & Daveluy, C. (1986). Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In R. Pineault & C. Daveluy (Eds.), *La planification de la santé: Concepts, méthodes et stratégies* (pp. 191-202). Montréal: Agence d'Arc.

Pinheiro, R. (2004). Democracia e saúde: Sociedade civil, cidadania e cultura política. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 14 (1), 11-14.

Rabinow, P., & Rose, N. (2006). O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho – Revista de Ciências Sociais*, 24, 27-57.

Secretaria de Estado de Defesa Social. (2012). *Presídio regional de Montes Claros: Perfil de doenças e agravos*. Minas Gerais: Sistema Prisional.

Starfield, B. (2001). *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson.

AUTORES:

Reginaldo Nunes de A Júnior
Dorothea Schmidt França
Natália Gonçalves S Rocha
Geraldo Edson S Guerra Júnior
Karina Andrade de Prince
Carlos Eduardo M D'Angelis

<https://doi.org/10.5628/rpcd.17.S3A.145>

Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em mulheres climatéricas assistidas pelo núcleo de atenção à saúde e práticas profissionalizantes

PALAVRAS CHAVE:

Hipertensão arterial. Climatério.
Fatores de risco.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre o climatério e hipertensão, bem como elucidar os seus fatores precipitantes em mulheres climatéricas. Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo e transversal, sendo avaliadas 104 mulheres com idade entre 40 e 65 anos assistidas pelo Núcleo de Atenção à Saúde e Práticas Profissionalizantes. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, fatores de risco para hipertensão, comorbidades associadas, achados gineco-obstétricos, e conhecimento sobre climatério e menopausa. A prevalência de hipertensão foi de 74%. A maioria das mulheres pertenciam a faixa etária de 50 a 59 anos (43%), eram da raça parda (66%) e concluíram o ensino básico completo (39%). O sobrepeso foi evidenciado em 39% das mulheres, sendo que, 61% afirmaram não realizar atividades físicas, 72% não ingeriam bebida alcoólica e não usavam tabaco (63%); além disso, 59% das pesquisadas já não menstruavam mais, 69% devido à menopausa. Finalmente, 28% das mulheres souberam falar sobre climatério e 68% sobre menopausa. Conclui-se com este trabalho a importância da assistência integral ao climatério, tendo em vista o aumento da expectativa de vida e as consequências relacionadas ao hipoestrogenismo e aos hábitos de vida das mulheres neste período.

Correspondência: Dorothea Schmidt França (dorotheafranca@gmail.com)