

Vivências de privação de liberdade na perspectiva de homens e implicações para o cuidado em saúde*

Experiences of deprivation of freedom from the perspective of men and its implications to health care

Como citar este artigo:

Mendes FDB, Lopes ZA, Martins AM, Lima HP, Amorim MF. Experiences of deprivation of freedom from the perspective of men and its implications to health care. Rev Rene. 2023;24:e83199. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232483199>

-  Francisco Daniel Brito Mendes¹
-  Zaira de Andrade Lopes¹
-  Alberto Mesaque Martins¹
-  Helder de Pádua Lima¹
-  Marianna de Francisco Amorim¹

*Extraído da dissertação “Representações sociais de masculinidade para homens privados de liberdade e as implicações nos processos de constituição identitária”, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2021.

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
Campo Grande, MS, Brasil.

Autor correspondente:

Helder de Pádua Lima
Av. Marcio Lima Nantes, s/n. Estrada do Pantanal.
Vila da Barra. CEP: 79400-000. Coxim, MS, Brasil.
E-mail: padua_helder@hotmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Chamada Especial - Promoção da saúde das populações vulneráveis

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

RESUMO

Objetivo: compreender as vivências de privação de liberdade na perspectiva de homens e as implicações para o cuidado em saúde. **Métodos:** estudo qualitativo realizado com 10 homens que cumpriam pena em regime aberto. A produção de dados foi realizada por meio de entrevista individual, na qual se utilizou um roteiro semiestruturado de perguntas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram três categorias, intituladas: Vida torta: o viver antes da privação de liberdade; Passarinho preso: ser homem privado de liberdade; e Bomba relógio: a assistência em saúde no sistema penitenciário. A privação de liberdade se revelou uma vivência marcada pela insegurança em razão da insalubridade do ambiente prisional, percepção de vulnerabilidade às doenças por parte dos participantes e negação ao direito à saúde por parte do Estado. Na falta de garantia de acesso à saúde, familiares se destacaram na organização do cuidado. **Conclusão:** evidenciou-se um cenário de insalubridade, vulnerabilidade às doenças e negação do direito à saúde no ambiente prisional. **Contribuições para a prática:** o estudo contribui para a sensibilização de profissionais atuantes no sistema prisional e ratifica a importância da garantia de direitos humanos durante o encarceramento.

Descritores: Saúde do Homem; Prisões; Prisioneiros; Direito à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand the experiences of deprivation of freedom from the perspective of men and their implications to health care. **Methods:** qualitative study carried out with 10 men serving sentences on probation. Data collection was carried out in individual interviews using a semistructured questionnaire. Data was submitted to content analysis. **Results:** three categories emerged, which were: Crooked life: living before being deprived of freedom; Caged bird: being a man deprived of freedom; and Time bomb: health care in the prison system. The deprivation of freedom is an experience marked by the lack of safety, considering the health risks in the prison environment, the perception of participants of being vulnerable to disease, and the denial, on the part of the state, of the right to health. Since the access to health is not guaranteed, relatives were the most commonly responsible for organizing care. **Conclusion:** an unhealthy situation was found, with vulnerability to disease and denial of the right to health in the prison environment. **Contributions to practice:** this study contributed for sensitizing professionals who work in the prison system, emphasizing the importance of guaranteeing human rights during imprisonment.

Descriptors: Men's Health; Prisons; Prisoners; Right to Health.

Introdução

Atualmente, o Brasil possui 1.507 unidades prisionais cadastradas, com cerca de 730 mil pessoas privadas de liberdade. A superlotação nessas unidades, que chegam a conter aproximadamente 45,0% a mais do que total de vagas disponíveis, e o quantitativo elevado de homens em situação de privação de liberdade revelam a relevância e justificam o desenvolvimento de pesquisas científicas que abordem essa temática⁽¹⁾.

A literatura científica internacional e nacional tem apontado o crescimento da população privada de liberdade nas últimas três décadas, sobretudo em países americanos, e evidenciado iniquidades e necessidades de saúde nesse cenário. Apesar de ser o terceiro país no mundo em número absoluto de pessoas privadas de liberdade, o Brasil tem um sistema prisional marcado, historicamente, pela carência de investimentos governamentais, insalubridade, superpopulação, confinamento permanente e violências. A privação de liberdade nessas condições contribui para a exposição a eventos traumáticos, estresse, agravos à saúde e processos de adoecimento⁽²⁻³⁾.

O perfil epidemiológico da população em condição de privação de liberdade se distingue pela presença de doenças transmissíveis (influenza, rubéola, tétano, difteria, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, hanseníase, etc.), transtornos mentais e violências. Esse perfil epidemiológico evidencia a necessidade de implementação de uma assistência em saúde integral no sistema prisional, fundamentada no modelo de cuidados primários e que possibilite o acesso a uma vida saudável intramuros, além do fortalecimento e manutenção de vínculos sociais visando a ressocialização⁽³⁾.

Os números da população carcerária brasileira contrastam com o quantitativo limitado de pesquisas que abordam gênero e encarceramento. Apesar de se mostrar em ascensão nas produções científicas, o tema ainda não se revela uma prioridade do ponto de vista acadêmico. Outro aspecto importante a ressaltar é o fato de a literatura que aborda o sistema prisional

ainda reproduzir estereótipos de gênero. A perspectiva de gênero, por exemplo, tem sido mais acionada em pesquisas sobre mulheres privadas de liberdade e, nessas investigações, os temas maternidade e conjugalidades/sexualidade com homens presos ganha relevo. Por outro lado, nos estudos sobre homens encarcerados, os temas morte, violência, sexualidade e masculinidades são o foco⁽⁴⁻⁵⁾.

A privação de liberdade no sistema prisional é vivenciada de forma diferente por homens e mulheres e essa vivência envolve aspectos que estão para além das características biológicas e que repercutem no âmbito da saúde. Problemas relacionados ao componente psicossocial entre homens privados de liberdade, como o uso de substâncias psicoativas e a exposição contínua a estressores associados ao encarceramento, aliadas à precariedade de atividades de socialização, ensino e lazer, promovem um ambiente hostil que dificulta a ressocialização⁽⁶⁾.

Entre os fatores associados a doenças e agravos à saúde comumente apresentados por homens privados de liberdade se destacam: alto índice de violência, prática sexual insegura, uso de substâncias psicoativas, desconsideração da importância da adoção de hábitos saudáveis, estigmatização de apenados que buscam cuidados em saúde, necessidade de manutenção de uma imagem viril e que imponha respeito, dentre outros. Esses elementos evidenciam a vulnerabilidade masculina relacionada a comportamentos adotados por homens no confinamento⁽⁷⁾.

Esse estudo se justifica devido à lacuna na literatura referente ao fenômeno da privação de liberdade na perspectiva de homens e sua interface com os cuidados em saúde no sistema prisional da região centro-oeste brasileira. O presente estudo partiu dos seguintes questionamentos: Como homens vivenciam a privação de liberdade? Quais as implicações dessa vivência para o cuidado em saúde?

Objetivou-se compreender as vivências de privação de liberdade na perspectiva de homens e suas implicações para o cuidado em saúde.

Métodos

Realizou-se um estudo qualitativo no qual foram seguidas as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ)* como guia para a execução do projeto de pesquisa e escrita do artigo. A pesquisa foi realizada no Estabelecimento Penal de Regime Aberto e Casa do Albergado do município de Campo Grande (EPRACA), Mato Grosso do Sul, Brasil.

A população do estudo foi representada pelo universo de homens cumprindo pena em regime aberto (n=576). Foram adotados como critérios para inclusão no estudo: sexo masculino, idade igual ou superior a 18 anos e cumprir pena em regime aberto por um período mínimo de um ano. O critério de exclusão foi: diagnóstico de qualquer transtorno mental ou limitação cognitiva, identificado pelo sistema prisional, que inviabilizasse a produção de dados.

Inicialmente, a pesquisa e o convite para participação na mesma foram divulgados durante 15 dias em cartazes fixados pela instituição, o que resultou em apenas um interessado em participar. Posteriormente, contou-se com o apoio de uma assistente social integrante da equipe técnica da instituição que, durante os atendimentos ou visitas nas celas, informava àqueles que atendiam os critérios de inclusão quanto à pesquisa, realizava o convite e os orientava a buscar o pesquisador responsável em caso de interesse em participar. Nessa etapa, outros onze homens manifestaram interesse em participar. Desse total de doze homens selecionados, nenhum solicitou retirada do consentimento.

Um roteiro inicial de entrevista foi submetido a um teste piloto com os dois primeiros participantes. Identificou-se a necessidade de reelaboração de três questionamentos de modo a facilitar a compreensão dos participantes. As informações coletadas junto aos dois internos no teste piloto não foram utilizadas na análise desse estudo. Dez homens compuseram a amostra final do estudo, tendo sido o número de participantes definido com base no critério de satisfação dos dados.

A produção de dados foi realizada entre outubro e novembro de 2020, através de entrevista individual e presencial, utilizando um roteiro semiestruturado elaborado pelos pesquisadores que continha perguntas sobre aspectos sociodemográficos (idade, escolaridade, religião, cor, número de filhos, delito cometido, tempo em privação de liberdade), além das seguintes questões norteadoras: Como foi sua história de vida? Como tem sido sua vivência de privação de liberdade? Como é para você ser homem privado de liberdade? Como você percebe os cuidados com sua saúde durante a privação de liberdade? Deseja comentar sobre algo mais?

O entrevistador era do sexo masculino, tinha formação em Psicologia e experiência na produção de dados em pesquisas científicas. Não houve contato entre entrevistador e participantes antes do início da coleta de dados. As entrevistas ocorreram em uma sala reservada, tiveram duração média de 60 minutos, foram registradas em gravador digital e tiveram seu conteúdo transcrito na íntegra. Foi realizado mais um encontro com cada participante para que as transcrições pudessem ser lidas e os mesmos pudessem acrescentar comentários ou correções no conteúdo. Para resguardar o anonimato, o nome de cada entrevistado foi substituído pelo termo 'Participante' e acrescido de um numeral arábico que indica a ordem da realização das entrevistas.

As informações obtidas foram organizadas em três categorias empíricas, intituladas: Vida torta: o viver antes da privação de liberdade; Passarinho preso: ser homem privado de liberdade; e Bomba relógio: a assistência em saúde no sistema penitenciário. As categorias emergiram da análise do conteúdo das narrativas dos participantes que, de acordo com a modalidade temática, obedeceu as seguintes etapas: operacionalização e sistematização das ideias iniciais, leitura flutuante dos documentos coletados, escolha daqueles que seguiram para análise, agrupamento de elementos em conjunto com posterior exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos com discussão feita a partir de produções científicas que abordavam a temática em estudo⁽⁸⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, conforme parecer nº 3.981.746/2020 e seguiu os padrões éticos exigidos.

Resultados

Predominaram adultos jovens, com média de idade de 34,4 anos. O participante mais jovem tinha 26 anos e aquele com mais idade tinha 60 anos. Cinco participantes tinham o ensino fundamental incompleto, quatro não concluíram o ensino médio e um era analfabeto. Os dez participantes tinham histórico de trabalho braçal (pedreiro, mecânico, tapeceiro, agricultor, cozinheiro, serviços gerais, auxiliar de produção) e foram privados de liberdade por práticas criminais que envolviam algum tipo de violência (homicídio, tentativa de homicídio, roubo, tráfico de armas, narcotráfico).

A média de tempo de privação de liberdade entre os participantes foi de seis anos, sendo 14 anos o maior tempo. Seis homens se autodeclararam pretos ou pardos; três, brancos; e um, indígena. Sete participantes se denominaram cristãos; um, espírita; e dois não tinham religião. Todos os participantes eram pais: para três deles a paternidade ocorreu durante o período de privação de liberdade.

Na sequência são apresentadas as categorias identificadas que expressam os conteúdos das entrevistas realizadas com os participantes.

Vida torta: o viver antes da privação de liberdade

Foi possível desvelar, por meio das narrativas, elementos das histórias de vida dos participantes, como a vivência em um contexto social marcado pela presença de violências, criminalidade e substâncias psicoativas. O excerto a seguir é ilustrativo desse achado: *Nasci em família pobre, em uma favela, tinha muita droga e criminalidade. A primeira coisa que via quando saía na porta de casa era crime, droga, cachaça, festa. Segui esse caminho. Acho que me faltaram referências boas* (Participante 8).

Foi comum a alusão à disfunção familiar, exemplificada nas situações de abandono paterno, violência intrafamiliar e uso de substâncias psicoativas no ambiente domiciliar: *Fui criado só pela minha mãe e dois irmãos. Sempre tinha discussão, briga. Até mesmo com um irmão mais novo. Virava e mexia, quando ele chegava, a gente brigava. Ele me furou. Casei, fui morar com minha esposa. Comecei a ir para o bar, chegava bêbado no outro dia. Minha esposa pedia para eu parar com a cachaça, com a droga. Eu comecei a usar droga dentro de casa* (Participante 6).

As narrativas também revelaram que, diante de adversidades socioeconômicas (pobreza, miséria e fome), os participantes se perceberam como responsáveis pela proteção e pelo provimento financeiro de suas famílias desde a juventude. Houve menção à necessidade de trabalhar, ainda na infância/adolescência, o que repercutiu no abandono escolar. O trecho da narrativa a seguir exemplifica esses achados: *Desde cedo eu já tomei a responsabilidade de cuidar da minha família por que eu mesmo não conhecia meu pai. Meu padrasto morreu cedo, quando eu era bem novo. Eu tive filho cedo, com quinze anos. Casei cedo, trabalhei desde cedo. Eu era o homem da casa. Tive que sair da escola para trabalhar* (Participante 8).

Na perspectiva de alguns participantes, as adversidades financeiras, somadas ao desemprego, contribuíram para o início da prática criminal. Para outros, tentativas de explicação para a prática criminal envolviam elementos de ordem moral, religiosa/espiritual e racionalista. Os trechos a seguir são ilustrativos dessas afirmações: *A minha maior dificuldade na infância foi a fome. Eu não queria ver a minha família ficar com fome, reclamar de falta de comida na mesa. Naquela época era bem difícil uma mulher só dentro de casa trabalhar para sustentar quatro crianças. Infelizmente, eu era novo, não me davam emprego. Aí foi onde eu optei por roubar* (Participante 3). *Se eu pensasse melhor eu não estava num lugar desse. Eu sei que o "inimigo" (referindo-se ao Diabo citado na Bíblia) vem para arrasar com a vida do homem. Eu não vigiei. Graças a Deus estou vivo e ainda tem tempo de me arrepender e chegar nos caminhos de Deus, para quando eu morrer eu ter minha salvação. Ir para o inferno não é bom* (Participante 6). *Me envolvi com más pessoas e fui para o caminho errado. Sempre tive vontade de me envolver com pessoas que usavam drogas na esquina da nossa*

casa, mas eu sempre desviava. O que eu fiz foi por incentivo de outro guri que estava nessa vida torta, e eu já estava alcoolizado e drogado (Participante 9).

Passarinho preso: ser homem privado de liberdade

Para os participantes, a vivência da privação de liberdade era solitária e segregadora. As narrativas sugerem que essa vivência promoveu separações e rompimentos de vínculos sociais, familiares e afetivos, tanto pelo isolamento inerente ao encarceramento como pelo estigma social atrelado à prática criminal. A solidão emergiu nos relatos de abandono familiar e ausência de vínculos afetivos a partir da inserção no sistema prisional. Os excertos a seguir ilustram esse achado: *Quando eu caí na cadeia eu fiquei distante deles (familiares). Não tenho mais contato. Eles moram longe. Rompi até o contato com a minha companheira, não sei onde anda. Também não tenho mais contato com a minha filha, perdi tudo! Não tenho ninguém que me visita* (Participante 1). É difícil. Solto já é difícil, ainda mais preso. Depois que fui preso, não gosto nem de ver passarinho preso. Eu sei o que é. Depois de preso, não tinha mais amizade, sempre andei sozinho (Participante 2).

Outras narrativas sugerem o recebimento de apoio familiar durante a vivência da privação de liberdade, principalmente, vindo de figuras familiares femininas (mãe, tia e esposa) em contraposição à ausência de figuras familiares masculinas (pai e irmão). O apoio familiar se concretizava através de visitas presenciais ao estabelecimento prisional, suporte emocional e moradia: *Minha mãe que me ajudou muito depois que eu vim para o EPRACA. Minha mãe está mais presente. Moramos juntos, eu, minha mãe, minha mulher e meus dois filhos. Hoje em dia minha mãe me dá muita força* (Participante 4). *Minha mãe está me dando força, não me joga nada na cara, só me passa coisas boas. Ela me visitava no presídio, visita até hoje, ampara. Quando saio daqui vou para a casa dela. Meu irmão e meu pai nunca me visitaram* (Participante 5).

A vivência da privação de liberdade emergiu permeada por culpa, raiva, revolta, vergonha, resignação, aceitação da pena, arrependimento e impenitên-

cia. Esses sentimentos apareceram ora relacionados ao histórico criminal, ora ao ambiente insalubre no qual a pena era cumprida. O trecho das narrativas dos Participantes 4 e 6 exemplificam essa afirmação: *Hoje em dia não, eu não penso mais em crime não. Penso em sair, pagar tudo com a justiça e ficar com a minha família e os meus filhos. As crianças não ficam sem a gente, a gente tem que comprar as coisas, é fralda, é leite, criar as crianças da gente. Esse mundo aí eu não quero para os meus filhos* (Participante 4). *Me sinto culpado pela minha atitude. Sinto muito ódio e revolta, eu não queria estar num lugar desses. Não é a primeira vez que eu estou na cadeia, já passei outras vezes em outras cadeias. Acho que se eu pensasse melhor eu não estava num lugar desses* (Participante 6).

Em diversos trechos das narrativas, o sentimento de revolta emergiu vinculado a situações de preconceito e discriminação vivenciadas a partir da privação de liberdade. Para alguns participantes esse sentimento dificultava a reinserção social e contribuía para a permanência na criminalidade, conforme o excerto a seguir: *A sociedade olha você diferente, não vê como uma pessoa normal. Vê como uma pessoa que não tem um autocontrole sobre si. Quando a gente sai é só discriminação, não dão emprego, viram a cara. A gente se decepciona e continua na criminalidade. A gente não é mais tratado como era, nem por parente nem por ninguém. Sempre fica um mau olhar. Dizem: “nunca vai mudar”, que fez coisa errada, que não presta. Fiz o que eu fiz e não me arrependi. Não fiz para curtir, não foi para me vangloriar, mas para ajudar minha família* (Participante 8).

Bomba relógio: a assistência em saúde no sistema penitenciário

Das narrativas dos participantes emergiram a percepção de vulnerabilidade a doenças e o sentimento de insegurança em razão da precariedade e da insalubridade do ambiente prisional: aglomeração de pessoas, violências, má alimentação, condições insalubres de trabalho e ausência de assistência em saúde. Para os participantes, essas particularidades potencializavam riscos para sua segurança, integridade física, saúde física e mental: *Que situação! Ninguém sabe, pode acontecer alguma coisa a qualquer hora. Aqui só tem maldade, os*

presos só têm maldade. É como uma bomba relógio: pode explodir ou não! (Participante 2). *Quando fui preso, aprendi a usar droga. Eu não gostava, mas lá eu aprendi a usar bastante, era mais fácil para ter* (Participante 6).

A privação de liberdade no ambiente prisional contribuiu para a morbimortalidade entre homens privados de liberdade, sobretudo atrelada ao sofrimento psíquico, uso de substâncias psicoativas, acidentes, doenças infecciosas e transmissíveis: *Comecei a tossir, peguei tuberculose. Fiquei tratando seis meses. Se fosse somente pelos cuidados da saúde no sistema penitenciário... vi muitas pessoas morrerem doentes* (Participante 7). *Eu estava trabalhando com química, bateu no meu olho, queimou. Passei muita dor no estabelecimento de segurança máxima. Só consegui remédio depois de meses por causa dos presos, as famílias deles levavam. Eu precisava tomar uma vitamina e não tive nada disso não... A alimentação é sem sal, sem nada, feita só na água, tipo o que vai dar para porco. Nem animal se trata assim. Muitos presos não aguentam, muitos morrem antes da hora, muitos ficam loucos. Só trancado, no meio daquele monte de homens noite e dia. No meio de muitas pessoas, uma pessoa doente contamina as outras e morre, se depender do sistema morre* (Participante 9).

Chamou atenção a falta de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e a escassez daquelas voltadas para a recuperação da saúde no sistema prisional. Em momentos críticos, em que se fizeram presentes sinais e sintomas insuportáveis, ficou evidente a ausência do Estado na garantia de assistência à saúde, o que forçou a organização dos familiares dos próprios apenados para o provimento do cuidado.

A assistência em saúde no sistema prisional era percebida pelos participantes como falha e precária. Essa percepção se relacionava à ausência de profissionais de saúde atuando no sistema prisional, carência de atendimentos em saúde e falta de acesso a exames: *Eu peguei coronavírus lá dentro pois nem saí de lá e nem podia receber visitas. Eles não fizeram exame para saber se melhorei, só me deixaram separado por quinze dias. Hoje em dia não tenho nenhum problema de saúde, mas não sei se tenho diabetes ou alguma coisa no sangue. Há várias falhas no sistema penitenciário para cuidar dos presos* (Participante 9). *Do regime semiaberto para cá melhorou bastante minha saúde. No sistema fechado foi bem complicado, não*

tinha equipe para cuidar da gente. Aqui no regime aberto eu sempre consigo sair para o hospital, para o médico, marcar uma consulta (Participante 10).

As narrativas dos participantes sugerem, ainda, a percepção de melhoria na condição de saúde ao vivenciarem a progressão para o regime aberto e, consequentemente, menor grau de privação de liberdade. A possibilidade de saída do estabelecimento penal no cumprimento da pena em regime aberto oportunizava a busca por atendimento em saúde, tanto por iniciativa dos próprios participantes como também pela tentativa de articulação do estabelecimento penal com serviços de saúde do município: *Se a gente ficar doente, tiver uma situação grave, eles ligam para o SAMU. Se a gente tiver condições, a gente vai ao médico (por conta própria) e depois retorna para o EPRACA* (Participante 2).

Discussão

O perfil dos participantes do estudo se assemelha ao perfil da população carcerária do Brasil, que conta com mais de 726 mil pessoas, com predomínio de homens adultos jovens (idade até 29 anos), de cor/etnia pardas e pretas, e com ensino fundamental completo ou incompleto. Nessa população prevalecem características capazes de fomentar um ciclo de exclusão social, reforçando o sistema prisional brasileiro como um sistema seletivo, racista, classista e marginalizador. As condições a que essas pessoas se encontram submetidas nas unidades prisionais evidenciam violências institucionais, dificuldades de acesso a serviços de saúde e a reprodução de injustiças sociais que refletem na saúde⁽⁹⁻¹³⁾.

Os achados da primeira categoria empírica denotam que os participantes vivenciaram contextos sociais caracterizados por elementos frequentemente associados à criminalidade (disfunção familiar, pobreza, desemprego, situações de violência, uso de substâncias psicoativas, influência de pares, etc.). Esse histórico de vida dos participantes coincide com a maioria das histórias de famílias com entes privados de liberdade, as quais se encontram marcadas por

privações econômicas, histórico de abandono e violências, e escassez ou dificuldade no acesso a serviços básicos, incluindo serviços de saúde⁽¹⁴⁾.

A privação de liberdade se revelou como uma vivência permeada por solidão, medo, enfraquecimento do apoio social, isolamento, rejeição, rompimento de vínculos familiares, preconceito e estigmatização social. Esses aspectos emocionais e psicossociais do encarceramento podem repercutir na qualidade de vida e na saúde mental da pessoa privada de liberdade, com potencial para o surgimento ou o agravamento de transtornos mentais^(13,15).

Além da solidão, os impactos da privação de liberdade incluem a adaptação às novas regras no encarceramento e às experiências de resignação, aceitação da pena, ocupação para a manutenção da sanidade mental e consciência das lacunas deixadas pelo Estado. Quando em cumprimento da pena em regime aberto, homens privados de liberdade enfrentam o estigma de ser ex-presidiário, resultando na ausência de oportunidade de trabalho e na deturpação da identidade social, tornando o retorno às atividades criminais em uma alternativa⁽¹⁶⁾.

Ressaltam-se dois fenômenos durante a vivência da privação de liberdade dos participantes: a paternidade, e a responsabilidade assumida por figuras femininas de acompanhar/cuidar de um homem apenado. O primeiro fenômeno parece representar uma forma de resistência ao processo assujeitador do encarceramento. O segundo sugere uma representação que associa a figura da mulher ao cuidado do homem, que se inicia ainda na infância através de ensinamentos passados das mulheres para as crianças, que são naturalizados como práticas femininas⁽⁶⁾.

A vivência da privação de liberdade trouxe implicações para a saúde dos participantes. O ambiente prisional se revelou precário e determinante nas condições de saúde, não apenas por suas características insalubres, mas, também, pela negação da saúde como direito. As lacunas no cuidado em saúde no sistema prisional contribuíam para a morbimortalidade entre os apenados e forçaram os familiares a proverem cui-

dados aos homens privados de liberdade.

A vivência da privação de liberdade ocorre predominantemente em ambientes precários, degradantes e incompatíveis com a preservação da dignidade humana e a garantia da saúde como direito. É consenso entre estudiosos que, ao longo do cumprimento da pena, vários direitos humanos básicos são desrespeitados, a dignidade é perdida e os apenados são expostos a dificuldades de acesso ao atendimento em saúde, condições sanitárias e alimentares insuficientes, superlotação, sedentarismo, violências, acesso e uso de substâncias psicoativas, instabilidade emocional e adoecimento ou agravamento de quadros clínicos prévios^(15,17).

A universalidade constitucional é incompatível com exceções, incluindo pessoas em condição de privação de liberdade no sistema prisional. A restrição do direito à liberdade em prisões não constitui a perda do direito à saúde. Essa população deveria estar inclusa em serviços da rede de atenção, dentro ou fora do sistema prisional⁽¹⁰⁾.

A garantia do direito à saúde parece ser uma realidade distante nesse contexto e, em decorrência da precariedade e superlotação das celas, aliada à falta de assistência em saúde, pessoas privadas de liberdade são facilmente acometidas por doenças infecciosas e transmissíveis. O vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a tuberculose, por exemplo, despontam entre as causas de óbitos no sistema prisional, mesmo sendo evitáveis e tendo tratamento disponível na rede pública de saúde. Entretanto, somente 0,7% das pessoas privadas de liberdade que vem a óbito acessam serviços de saúde extramuros, o que revela fragilidades na integração de pessoas privadas de liberdade ao Sistema Único de Saúde e na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)⁽¹⁸⁻²¹⁾.

Os resultados também mostram a percepção de apenados sobre o estresse, a passividade e a solidão como causas importantes de sofrimento e adoecimento psíquicos. Elementos como a desesperança, a longa duração do confinamento, a incapacidade de

solucionar problemas, o uso de substâncias psicoativas, os sentimentos de culpa ou vergonha pelo delito praticado e a perda de recursos sociais, econômicos e vínculos familiares são frequentemente associados ao desenvolvimento de transtornos mentais⁽¹⁵⁾.

As longas penas, cumpridas em ambientes insalubres e com fragilidades no acesso à assistência em saúde, também promovem o desenvolvimento e o agravamento de doenças crônicas e seus fatores de risco. Há de se considerar as altas taxas de prevalência de dislipidemia, sedentarismo, tabagismo, excesso de peso e hipertensão arterial entre pessoas privadas de liberdade. A garantia do direito à saúde no ambiente prisional, com ênfase no cuidado universal, humanizado e longitudinal, proporcionado por uma rede de assistência eficiente, resolutiva e equânime, se revela um desafio de saúde pública⁽²²⁾.

A reorientação do modelo de atenção à saúde no sistema prisional representa outro aspecto desafiador nesse processo de garantia de direitos. O cuidado prestado por equipes de saúde no sistema prisional ainda se pauta no modelo biomédico e depende da permissão de profissionais de segurança que, em geral, são os primeiros a ouvir a queixa do apenado. Essa permissão para o atendimento à saúde está atravessada pelos estereótipos sociais de periculosidade e dissimulação atribuídos ao homem privado de liberdade, o que favorece a desvalorização de suas queixas. O sofrimento psíquico, por exemplo, não tem sido percebido como um motivo suficiente que justifique o recebimento de assistência em saúde. Isso revela o despreparo profissional que parece encontrar solução através da deliberação de medicações sem critérios⁽¹⁷⁾.

As equipes de saúde atuantes no contexto do sistema prisional enfrentam um forte processo de precarização do trabalho decorrente de fatores estruturais e gerenciais complexos como a terceirização da força de trabalho, a insatisfação ocupacional, a falta de qualificação profissional coerente com as necessidades e a insuficiência na gestão de processos de trabalho. Essa realidade repercute negativamente na assis-

tência prestada às pessoas privadas de liberdade, e os profissionais, muitas vezes, se percebem num dilema entre ofertar o cuidado necessário e ofertar aquele possível de ser oferecido⁽²³⁾.

Apesar de ter sanado lacunas deixadas por normativas anteriores, a PNAISP promove espaços de saúde com diversos financiamentos e vínculos profissionais nas unidades prisionais, considerando-se a habilitação facultativa de estados e municípios a essa política. Nesses espaços, as políticas públicas do Sistema Único de Saúde frequentemente não são incorporadas, evidenciando dificuldades do Estado em reconhecer a legitimidade do direito à saúde dos apenados⁽¹¹⁾.

Além de se configurarem como temáticas férteis no âmbito acadêmico, o direito em saúde, a interlocução intersetorial, a integralidade do cuidado e a diversidade nas unidades prisionais ainda precisam ser potencializadas através de ações e estratégias governamentais de incentivo. O alinhamento dessas ações às diretrizes preconizadas pela PNAISP ainda demandará a superação de desafios encontrados no sistema prisional brasileiro (recursos humanos insuficientes, acesso precário a serviços especializados, ausência de diálogo intersetorial, entre outros), podendo proporcionar um cuidado à saúde universal e integral, com equidade e humanização⁽²⁴⁾.

Limitações do estudo

A realização do estudo durante o ápice da pandemia de COVID-19 inviabilizou o acesso a homens que cumpriam pena em regime fechado ou semiaberto. Considerando também o período de tempo, geralmente longo, que decorre entre o cumprimento da pena em regime fechado ou semiaberto e a progressão para o cumprimento da pena em regime aberto, destaca-se a possibilidade da omissão de eventos relevantes da vivência da privação de liberdade por parte dos entrevistados durante as entrevistas. Essas podem se constituir em limitações importantes da pesquisa.

Contribuições para a prática

Os resultados contribuem para que profissionais atuantes no sistema prisional, inclusive trabalhadores da saúde, se sensibilizem e compreendam a vivência da privação de liberdade de maneira ampliada. É imprescindível garantir o acesso à saúde intra e extramuros e reorientar o modelo assistencial nesse cenário, de modo que equipes multidisciplinares estabeleçam com os apenados relações terapêuticas permeadas por valores éticos e sociais, incentivando-os a expressar suas necessidades e a fazer escolhas mais saudáveis.

Conclusão

A vivência da privação de liberdade foi marcada por sentimentos ambivalentes relacionados com a ruptura de vínculos sociais e afetivos, condições precárias no encarceramento e estigma social associado à figura do homem que comete crimes. Evidenciou-se a insegurança em razão da insalubridade, a percepção de vulnerabilidade às doenças e a negação ao direito à saúde no ambiente prisional. Esse contexto contribuía para a morbimortalidade entre os apenados e forçava o provimento de cuidados por parte dos familiares. Nesse cenário, se faz necessário concretizar o acesso a assistência em saúde integral e humanizada, com equipes multidisciplinares sensíveis à vivência da privação de liberdade.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: Mendes FDB, Lopes ZA, Martins AM, Lima HP.

Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Mendes FDB, Lopes ZA, Martins AM, Lima HP, Amorim MF.

Aprovação final da versão a ser publicada: Mendes FDB, Lopes ZA, Martins AM, Lima HP, Amorim MF.

Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integri-

dade de qualquer parte do trabalho sejam investigadas e resolvidas adequadamente: Mendes FDB, Lopes ZA, Martins AM, Lima HP, Amorim MF.

Referências

1. Oliveira JA, Sousa AR, Almeida LCG, Araújo IFM, Santos AS, Bispo TCF, et al. Knowledge, attitudes and practices related to sexually transmitted infections of men in prison. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(2):e20201273. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1273>
2. Ramos AI, Sinski KC, Palombit MR, Cruz E, Pitilin EB, Léo MMF, et al. Factors associated with high blood pressure and stress in men deprived of liberty. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(4):e20210299. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0299>
3. Barbosa ML, Medeiros SG, Chiavone FBT, Atanásio LLM, Costa MC, Santos VEP. Nursing actions for liberty deprived people: a scoping review. *Esc Anna Nery.* 2019;23(3):e20190098. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0098>
4. Lermen HS, Silva MBB. Men on the borders of women's prisons: an ethnographic study on visiting days. *Sex Salud Soc.* 2022;38:e22201. doi: <http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22201.a>
5. Cúnico SD, Lermen HS. Prison from a gender perspective: a systematic review. *Psicol Conoc Soc.* 2020;10(1):199-231. doi: <https://dx.doi.org/10.26864/PCS.v10.n1.10>
6. Baccon WC, Salci MA, Carreira L, Marques FRDM, Rêgo AS, Marques PG. People deprived of their freedom: nursing diagnoses in the light of Horta's theory. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20210326. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0326en>
7. Silva NSB, Sousa AR, Souza KBR, Oliveira JÁ, Pereira A. Production of nursing care to men's health in deprivation of liberty: collective discourse. *Enferm Foco.* 2020;11(6):78-84. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3315>
8. Ferreira ADM, Oliveira JLC, Souza VS, Camilo NRS, Medeiros M, Marcon SS, et al. Adapted guide of content analysis – thematic modality: report of experience. *J Nurs Health.* 2020;10(1):e20101001. doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i1.14534>

9. Garcia LA, Padilha WS, Rubia LPBS, Villanova VCG. Barefoot and shirtless feet: a tasting of the punitive process or a social portrait? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(12):4365-9. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320222712.12832022>
10. Simas L, Sanchez A, Ventura M, Diuana V, Larouze B. Critical analysis of the health care model for persons deprived of liberty in Brazil. *Cad Ibero Am Direito Sanit*. 2021;10(1):39-55. doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.746>
11. Lôbo NMN, Portela MC, Sanchez AAMMR. Analysis of health care in prisons of Pará. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(12):4423-34. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320222712.10212022>
12. Lopes MAS, Caruso SR, Higa EFR, Gomes MFP, Marin MJS, Lazarini CA. Idosos privados de liberdade: perfil de saúde e criminal. *Rev Kairós-Gerontol*. 2022;25(1):73-91. doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2022v25i1p73-91>
13. Medeiros AB, Oliveira LV, Silva GWS, Lopes TRG, Carvalho JBL, Miranda FAN. Theses and dissertations of Brazilian nursing addressing women's health in the prison system. *Rev Rene*. 2019;20:e41752. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041752>
14. Cúnico SD, Strey MN, Costa AB. Who's in charge? Wives of criminals and the submission paradoxes. *Rev Estud Fem*. 2019;27(2):e54483. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n254483>
15. Cristo M, Diniz ML, Conceição VM, Léo MMF, Santos JA, Simoneti RAAO. The health of men deprived of liberty in Brazil. *Rev Fund Care Online*. 2020;12:288-94. doi: <https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9310>
16. Nascimento GCR, Silva AS, Silva GC, Rocha MVC, Oliveira KCPN. Behind bars: effects caused by incarceration on men deprived of liberty and health promotion actions within the prison system. *Res Soc Dev*. 2022;11(9):e23011931608. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31608>
17. Santana JCB, Reis FCA. Perception of the nursing team about health care in the prison system. *Rev Fund Care Online*. 2019;11(5):1142-7. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1142-1147>
18. Lima EMM, Soares IP, Santos ACM, Souza DO. Health of penitentiary agentes in the Brazilian context. *Rev Enferm UFPE on line [Internet]*. 2018 [cited Feb 13, 2023];12(2):510-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22831/32799>
19. Valim EMA, Daibem AM, Hossne WS. Attention to the health of people deprived of their liberty. *Rev Bioét*. 2018;26(2):280-90. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018262249>
20. Moreira TR, Lemos AC, Colodette RM, Gomes P, Batista RS. Prevalence of tuberculosis in incarcerated populations: systematic review and metanalysis. *Rev Panam Salud Pública*. 2019;43:e16. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.16>
21. Sánchez A, Toledo CRS, Camacho LAB, Larouze B. Mortality and causes of deaths in prisons in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(9):e00224920. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00224920>
22. Serra RM, Ribeiro LC, Ferreira JBB, Santos LL. Prevalence of chronic noncommunicable diseases in the prison system: a public health challenge. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(12):4475-84. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10072022>
23. Schultz ALV, Dotta RM, Stock BS, Dias MTG. Work precarization in the prison system's primary health care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(12):4407-14. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320222712.11402022>
24. Costa MC, Mantovani MF, Miranda FMD, Paes RG, Souza TN. Brazilian prison health policy: an integrative review. *Cad Ibero Am Direito Sanit*. 2022;11(4):103-25. doi: <https://dx.doi.org/10.17566/ciads.v11i4.936>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons