



SAÚDE E DOENÇA: CONCEPÇÕES E NECESSIDADES PERCEBIDAS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

HEALTH AND DISEASE: OPINIONS AND NEEDS PERCEIVED IN THE PRISON SYSTEM

SALUD Y ENFERMEDAD: CONCEPTOS Y NECESIDADES PERCIBIDAS EN EL SISTEMA PENITENCIARIO

Mayara Lima Barbosa¹, Gabriela Maria Cavalcanti Costa², Suely Deysny de Matos Celino³

RESUMO

Objetivo: compreender as concepções e as necessidades percebidas dos detentos do sistema penitenciário do Estado da Paraíba. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado entre os meses de fevereiro e dezembro de 2012. A amostra foi encerrada em 53 apenados com auxílio da técnica de saturação das informações. A produção de dados foi realizada a partir de uma entrevista semiestruturada e analisados sob a técnica de Análise de conteúdo. A pesquisa teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 0400.0.133.000-09. **Resultados:** verificou-se a predominância de detentos com idades entre os 20 aos 29 anos, solteiros, com naturalidade paraibana, com algum tipo de religião e com ensino fundamental incompleto. Por meio dos discursos emergiram as categorias << **Concepções sobre saúde-doença** >> e << **Necessidades percebidas** >>. **Conclusão:** ao discorrerem sobre estes aspectos, os apenados reportaram desde concepção religiosa, até o conceito atual de determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como a existência de uma necessidade de assistência em saúde. **Descritores:** Processo Saúde-Doença; Prisões; Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Objective: understanding the opinions and the needs perceived of the inmates of the penitentiary system in the State of Paraíba. **Method:** a descriptive study with a qualitative approach conducted between February and December 2012. The sample was finished on 53 inmates with the aid of information saturation technique. The production of data was done from a semi-structured interview and analyzed with the analysis of technical content. The research had the project approved by the Research Ethics Committee, CAAE: 0400.0.133.000-09. **Results:** there was a predominance of inmates aged 20 to 29 years old, single, natural from Paraíba, with some kind of religion and with incomplete primary education. Through speeches emerged the categories << **Opinions about health and disease** >> and << **Perceived needs** >>. **Conclusion:** when discoursing about these aspects, the inmates reported from religious opinion until the current concept of social determinants of health-disease process, and the existence of a need for health care. **Descriptors:** Health-Disease Process; Prisons; Determination of Health Care Needs.

RESUMEN

Objetivo: comprender los conceptos y las necesidades percibidas de los internos del sistema penitenciario del Estado de Paraíba. **Método:** es un estudio descriptivo con abordaje cualitativo, realizado entre febrero y diciembre de 2012. La muestra se cerró en 53 reclusos con la ayuda de la técnica de saturación de información. Los datos se produjeron a partir de una entrevista semi-estructurada y fueron analizados en el análisis de contenido técnico. La investigación tuvo el proyecto aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, CAAE: 0400.0.133.000-09. **Resultados:** se observó un predominio de los reclusos entre 20 a 29 años, solteros, naturales de Paraíba, con algún tipo de religión, y con educación primaria incompleta. A través de discursos surgieron las categorías << **Conceptos de salud y enfermedad** >> y << **Necesidades percibidas** >>. **Conclusión:** cuando discursando acerca de estos aspectos, los internos informaron desde la concepción religiosa hasta el concepto actual de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, y la existencia de una necesidad de atención de la salud. **Descriptor:** Proceso Salud-Enfermedad; Prisiones; Determinación de Necesidades de Atención Médica.

¹Enfermeira, Professora Mestre em Saúde Pública, Faculdade Maurício de Nassau. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: deysny@hotmail.com; ²Enfermeira e Psicóloga, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem /Mestrado de Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: gabymcc@bol.com.br; ³Enfermeira, Mestranda em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: may.lb@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os conceitos de saúde e de doença têm sido abordados de diferentes formas ao longo da história, refletindo a econômica, política e cultural de uma sociedade. Pode-se dizer, ainda, que tais conceitos estão relacionados com os valores individuais e com concepções científicas, religiosas, filosóficas de cada época e contexto.¹

Assim sendo, apesar de o enfoque preponderante sobre o modelo médico biológico na projeção inicial da saúde pública, ao longo do século XX, diversas abordagens estiveram intercaladas sobre a concepção do processo saúde-doença. Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde em uma concepção bastante ampla, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença. Em contrapartida, já na década de 1950, houve um enfoque maior nas ações de combate a doenças específicas, desencadeado pelo sucesso da erradicação da varíola com a aplicação de tecnologias de prevenção e cura.²

Essa forma de entender a doença é reflexo da teoria da unicausalidade, cujos postulados davam conta de que as doenças eram causadas apenas pelos micróbios, a qual foi superada anos depois pela teoria da multicausalidade em virtude, sobretudo, de avanços nos estudos sobre enfermidades, passando-se a acreditar que o desequilíbrio em vários e não apenas em um aspecto concorriam para o adoecimento do ser humano.³

Contudo, apenas em 1986 durante a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (PS), em Ottawa, surge a ideia de saúde como qualidade de vida condicionada por vários fatores, tais como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social⁴. No Brasil, especificamente, esse forma de pensar foi introduzida oficialmente na Lei Orgânica da Saúde, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando ainda que as ações de saúde também se destinem a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.⁵

A concepção de saúde e doença a partir da perspectiva social refere-se como o contexto social interfere nas condições de saúde. As discussões acerca dos determinantes sociais da doença permaneceram à margem das discussões mundiais e somente a partir de 1960 foram iniciadas discussões mais amplas sobre a temática, a partir da educação

sanitária, do desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e do aumento das práticas de atenção básicas às populações desfavorecidas, revelando as iniquidades sociais e suas relações com a saúde das comunidades.⁶

Partido desse pressuposto, torna-se relevante considerar a grave situação em que se encontram os indivíduos encarcerados em nosso país, tendo em vista que os conhecidos problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações resolutivas que possibilitem o acesso das pessoas presas à serviços efetivos com atenção integral. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade mostra a importância da reorientação do modelo assistencial nas penitenciárias a fim de atender às necessidades de saúde dessas pessoas.

Faz-se necessário compreender quais são as necessidades de saúde da população encarcerada para que não seja condenada, além da privação de liberdade, à privação de cidadania, no que se refere ao direito à saúde. Dessa forma, buscou-se

- Compreender concepções e necessidades percebidas dos detentos do sistema penitenciário do Estado da Paraíba

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado entre os meses de fevereiro a novembro de 2012 em seis unidades prisionais subordinadas a Secretaria de Administração Penitenciária do estado da Paraíba qualificadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNSSP.

O número de sujeitos que constituiu a amostra foi determinado com base na técnica de saturação das informações. Desse modo, concluiu-se a coleta com 53 detentos, adotando-se os critérios de inclusão: período mínimo de reclusão de 12 meses; dois ou mais atendimentos no estabelecimento de saúde da sua respectiva unidade prisional; e concordar em participar livre e conscientemente do estudo.

A operacionalização da coleta de dados se deu a partir de visitas às unidades prisionais para conhecer a rotina dos detentos, identificação daqueles que atendiam aos critérios de inclusão retro mencionados e convite à participação no estudo. Após agendamento prévio, a coleta de dados propriamente dita foi viabilizada considerando a comodidade e a conveniência do sujeito, das

Barbosa ML, Costa GMC, Celino SDM.

unidades prisionais e dos pesquisadores. Em encontros individuais e sob escolta de agentes penitenciários, como prevê a rotina dos serviços, aplicou-se uma entrevista semiestruturada, a partir de instrumento adaptado de contendo 13 questões, versando sobre aspectos demográficos, concepções e necessidades percebidas acerca do processo saúde-doença.⁷

Os discursos obtidos através das entrevistas foram gravados com auxílio de um aparelho de mp4 e transcritos na íntegra, sendo posteriormente analisados à luz da Análise de Conteúdo⁸, compreendendo três fases simultâneas e mutuamente excludentes: Pré-análise, exploração do material coletado e tratamento dos resultados.

Em todas as etapas do estudo, as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas, no que se refere aos aspectos éticos. Dessa forma, para resguardar os direitos de sigilo e o anonimato dos sujeitos foi adotado um sistema de identificação por códigos, sendo os municípios identificados por letras gregas α , β , λ , δ , as penitenciárias, quando localizadas no mesmo município, por algarismos romanos (I e II), seguidos pela letra "A" e o número arábico correspondente à ordem das entrevistas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob CAAE nº 0400.0.133.000-09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra de apenados selecionada para o estudo foi constituída em grande parte por adultos jovens, ou seja, na faixa etária entre 20 e 29 anos (35,84%), provenientes tanto da Paraíba (83%) quanto de outros estados (Pernambuco, Rio Grande do Norte, Piauí, Ceará e São Paulo), dados que corroboram com outro estudo que buscou avaliar a presença de hepatite C nas penitenciárias brasileiras, em que a maior parte da amostra era formada por adultos jovens (18 a 29 anos)⁹. Quanto à religião, 45,29% eram evangélicos e 30,18% católicos, apresentado ainda 24,53% que se diziam não ter religião. No que se refere à escolaridade, a maioria (54,7%) dos apenados não chegou a terminar o ensino fundamental, e ainda 7,5% eram analfabetos, com uma pequena parcela (5,7%) que iniciaram ou concluíram o ensino superior. Há vários estudos que demonstram a forte presença de sujeitos que possuíam apenas o ensino fundamental (completo ou incompleto).⁹

Em relação à profissão que exerciam antes de estarem detidos, as mais citadas foram a

Saúde e doença: concepções e necessidades percebidas...

de agricultor (15%), pedreiro (9,4%) e servente de pedreiro (9,4%), sendo grande parte (39,6%) com renda familiar menor que um salário mínimo, 24,5% com renda de um salário mínimo, 22,7% com 02 salários mínimos e apenas 13,2% com renda entre 03 e 08 salários mínimos. Ressalta-se que no período do estudo o salário mínimo correspondia a R\$ 545,00¹⁰. Apesar disso, 66% moravam em casa própria, 18,8% em casa cedida e 15,2% pagavam aluguel.

No que tange ao estado civil, 56,6% era solteiro, divorciado ou viúvo e 43,5% referiram estar casados ou manter união estável, situação semelhante a outro estudo pertencente a mesma temática, no qual verificou-se a presença maior de apenados solteiros em relação aqueles que possuem alguma(o) companheira(o).⁹

Dentre 86,8% dos sujeitos da pesquisa que recebem visitas, 54,3% recebem as esposas/companheiras com maior frequência, 32,6% afirmaram que as mães são visitantes e ainda, 30,4% referiram a presença dos filhos durante as visitas.

Sobre as informações da detenção, variou entre 04 meses a 14 anos o tempo em que os sujeitos estavam detidos, sendo 81,13% dos apenados havia sido detido nos últimos cinco anos, com tempo de pena a cumprir entre 02 e 44 anos. Observou-se ainda que 18,9% dos sujeitos da pesquisa encontravam-se ainda em prisão provisória e os demais, ou seja, 81,1% em regime fechado. Apenas 35,85% foram presos pela primeira vez e, conseqüentemente, 61,15% são reincidentes.

A respeito do lazer disponibilizado aos apenados, o desenvolvimento de artesanatos (22,64%), foi a atividade mais apontada, seguida pela leitura (20,75%) e jogo de futebol (13,20%). Apenas 28,30% dos apenados entrevistados afirmaram desenvolver alguma atividade laboral durante seu período de reclusão nas unidades prisionais, sendo mais prevalentes serviços gerais (33,33%) e atividades na cozinha (33,33%). Os demais sujeitos realizam diversas funções, dentre elas o papel de Agente Promotor de Saúde (APS), que contribui para a implementação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP).¹¹

Na análise dos resultados da investigação foram identificadas as seguintes categorias: concepções sobre saúde-doença e, necessidades de saúde.

◆ Concepções sobre saúde-doença

Para explicar as causas da doença, diversas teorias interpretativas sobre o processo saúde-doença foram sendo forjadas ao longo da

Barbosa ML, Costa GMC, Celino SDM.

história, como consequência da atividade racional humana. Essas teorias traduzem projetos filosóficos diversos e são, em última instância, expressões de determinadas formas de pensar o mundo.¹²

De acordo com esse entendimento, não há uma única forma de representar a saúde e a doença, visto que, fatores como cultura e situação socioeconômica, interferem sobre de tais significados¹³. Nesse sentido, a compreensão de adoecimento retratado pelos apenados esteve envolta desde as concepções religiosas, até o conceito atual de determinantes sociais do processo saúde-doença. Os trechos de entrevistas demonstram a presença da religiosidade para o desenvolvimento de agravos à saúde:

É, algumas doenças são através do pecado e algumas são espírito imundo, maligno, mas há oração também pra expulsar aquele demônio. λ- A1

Uma coisa do mal. Eu penso que é um troço espiritual que passa pra carne. Porque tudo que nós vivemos, fazemos, temos, é coisa da parte espiritual. λ- A2

São punições exatamente. A desobediência aos céus nos acarreta. A sentença primeiro vem do céu. E depois é executada pelos homens da justiça. B2- A4

A concepção mágico-religiosa discorrida pelos sujeitos acima parte do princípio de que a doença está associada ao pecado ou à maldição, resultando na ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem. Dessa forma, a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino, como no caso da lepra, sendo doença contagiosa, subentendia-se, portanto, que o contato entre corpos evidenciava conotações pecaminosas.¹

Essa visão religiosa prevaleceu fortemente até o surgimento das ideias de Hipócrates (460-370 a.C.), que apresentou uma visão racional da medicina, embora tenha retornado no início da Idade Média, quando a medicina era praticada quase que exclusivamente nos mosteiros, com uma forte influência da Igreja Católica, que condenava as pesquisas científicas.¹⁴

Avanços na medicina foram alcançados entre os séculos XVII e XVIII, devido as profundas transformações sociais e científicas da Idade Moderna¹⁵. A partir desse período, os fenômenos patológicos são explicados baseados na observação e na experiência, das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Nesse sentido, a saúde passa a ser entendida pela inexistência da doença. Concepção esta que irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua

Saúde e doença: concepções e necessidades percebidas...

presença até os dias atuais¹⁵, como visto nas falas dos sujeitos:

Saúde é a pessoa viver normal, não sentir sintoma de tosse, dor, essas coisas, que eu tenho muito, sabe? B1- A2

Saúde pra mim é o cara ser uma pessoa sadia, não ter doença nenhuma, saúde pra mim é isso aí. B2- A1

Ser uma pessoa doente é quando está em cima de uma cama, um estado que depende dos outros, assim, eu penso assim! a2- A1

Observa-se, então, que ainda atualmente, saúde e doença aparecem como conceitos divergentes e antônimos. Essa compreensão pode ser definida como minimalista, em que a saúde resume-se apenas a ausência de doenças, contrariando a perspectiva do modelo de atenção à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde, em que a saúde deve ser reconhecida e assistida em seus vários aspectos¹³.

Essa concepção exclui da base teórica da saúde-doença as dimensões econômica, social, cultural e psicológica na medida em que acredita que apenas biologia e a patologia podem fornecer dados objetivos para sua definição, descartando ainda a experiência clínica como referência viável¹⁶. Nesse sentido, na tentativa de superar essa visão negativa da saúde, a OMS, em seu documento de criação, em 1948, conceitua a saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.¹⁵ Esse conceito também foi evidenciado pelos apenados do estudo:

A saúde nada mais é que um bem estar em todos os aspectos em todos os sentidos. Estar bem não só consigo mesmo, como você ter tudo. λ- A3

Saúde é uma coisa de lazer (...) Uma pessoa saudável ele tem que estar com um bem estar em harmonia, em alegria, amor (...). λ- A7

Baseando-se na definição da OMS, torna-se quase impossível pensar em alguém com ausência completa de conflitos, sofrimentos e mal-estar, pois esse conceito não leva em consideração que tais aspectos são partes constitutivas da vida, que o bem-estar está relacionado, em nível de satisfação dos indivíduos, com outros conceitos, dentre eles: necessidade, liberdade, felicidade, adaptação, controle, capacidade de previsão, sentimentos, sofrimento, dor, ansiedade, medo, tédio, estresse e saúde.³

Muitas foram as críticas empreendidas para esse conceito de saúde, todas relacionadas a sua perspectiva totalmente subjetiva, utópica e pouco aplicável¹³. Ante a essa realidade, ao final da década de 1970, a Conferência de

Barbosa ML, Costa GMC, Celino SDM.

Alma-Ata colocam em destaque o tema dos determinantes sociais. Embora na década de 80 tenha retornado a concepção centrada na assistência médica individual, com o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado, na década seguinte, o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá espaço para as discussões sobre os determinantes sociais, que se concretizam em 2005 com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde pela OMS.²

No Brasil, foi criada em 2006 a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que descreve esses determinantes como “vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural”.¹⁷ Nesse sentido, também os apenados revelaram suas concepções sobre saúde-doença expressando relação conceitual com esta corrente teórica, mesmo que seja de forma incompleta.

Se cuidar, ir ao médico, não usar droga, se prevenir, tem muitos tipos de doença, a gente pode pegar muitos tipos de doença aí tem que se prevenir. λ- A6

Não precisar se medicar, não corre o risco de morrer prematuramente, porque a doença ela é tudo isso, é um risco que se corre. B2- A4

Eu não sei, isso aí eu não sei dizer não, mas eu acho que tem muitas coisas também que fazem a pessoa adoecer. B1- A2

A compreensão, mesmo que reducionista, de que a saúde é multicausal representa grande avanço, visto que é uma concepção relativamente recente e que os sujeitos da pesquisa encontram-se isolados da sociedade. Sobre esses aspectos, a vulnerabilidade a uma determinada doença está relacionada aos determinantes biológicos pré-estabelecidos que interajam com as consequências dos processos de estratificação social a partir de critérios como gênero, etnia, classe econômica, nível de habilidade e idade.¹⁸ Tais processos refletem em divergentes possibilidades de vida e de acesso aos serviços essenciais de proteção e promoção da saúde. Dessa forma, os apenados, mesmo não tendo conhecimento de todos os determinantes sociais da saúde, como conceituado pela CNDSS, entendem que o processo saúde-doença está relacionado com diversos fatores, apesar de não associarem esse processo às condições sociais nas quais estão inseridos.

O cenário social, econômico e a condição de vida são aspectos importantes para a formulação dos conceitos de saúde e doença, pois estes são capazes de influenciar a saúde

Saúde e doença: concepções e necessidades percebidas...

dos indivíduos¹³. Ao considerar o ambiente prisional, em que a assistência à saúde sempre teve enfoque reducionista, a implementação PNSSP representou grande avanço nesse sentido, pois representa uma política para inclusão social destes sujeitos encarcerados ao modelo atual de atenção à saúde, que visa reorientar a assistência empreendida, a partir da assistência integral a multidisciplinar.¹¹

Desse modo, ao passo que as mudanças no modelo de atenção à saúde são/serão sentidas pelos usuários das penitenciárias, é possível que as compreensões acerca dos determinantes do processo saúde doenças também sejam modificadas e a percepção da saúde como um bem formado por diversos aspectos seja, então, compreendido.

● Necessidades de saúde

Estudos epidemiológicos realizados em cenários diversos, há tempos apontam que o sistema prisional é, por si, um problema de saúde pública em potencial. Logo, não é de causar estranheza a constatação de que as necessidades de saúde são negligenciadas. As prisões concentram indivíduos que certamente não puderam atingir os patamares mínimos para o acesso a bens culturais e/ou de serviços e, portanto constituem-se no grupo dos “especialmente vulneráveis” às doenças infecto- contagiosas.¹⁹

Destarte, o desafio preliminar, ao empreender a análise desta seção é refletir teoricamente como compreender o que são necessidades de saúde. Embora existam diversas definições e correntes teóricas, considerando uma aceção ampla, trata-se não apenas das necessidade relacionadas à atenção/assistência à saúde, mas as diversas dimensões que compõem o ser humano de modo individual e coletivo.²⁰

Outra taxonomia²¹, onde as necessidades de saúde se fundamentam nos pressupostos: a) garantia de boas condições de vida, quer sejam os fatores ambientais descritos por Leavell e Clark na História Natural das Doenças, quer sejam aqueles relacionados ao processo produtivo nas sociedades capitalistas, propostos por autores como Laurell e Breilh (em ambas as explicações fica evidente a constatação de que a maneira como se vive se “traduz” diferentes necessidades de saúde); b) acesso à tecnologia (leve/leve dura/dura) de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida²², considerando que o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definida a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive; c) criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional, para além do

Barbosa ML, Costa GMC, Celino SDM.

que a convenção chama de simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, e, por fim, d) reconhecimento de que informação e educação em saúde são imprescindíveis para garantir a construção da autonomia dos sujeitos, incluindo o reconhecimento de suas necessidades, em seus aspectos mais amplos.²³

As necessidades em saúde referem-se às necessidades de atenção à saúde e, podem ser classificadas como percebidas (relacionadas às expectativas), expressas (referente ao reconhecimento da demanda), normativas (indicadas após avaliação por profissionais de saúde) e comparativas (entre sujeitos com características sócio-demográficas equivalentes).²⁴

Se considerarmos a aglomeração e o confinamento duradouro nos presídios, reconheceremos facilmente que a população carcerária tem, desde o nascedouro das instituições, os maiores riscos de adoecer, pois não estão completamente isolados do mundo exterior e coabitam em condições insalubres. Portanto, visíveis necessidades de saúde reprimidas. Nesse sentido, foi possível, ao analisarmos as falas identificar que os problemas de saúde enfrentados revelam se como necessidades, para estes sujeitos:

O que realmente necessito é solução para meus problema de saúde. Tenho problema de coluna...e dormir assim no chão não ajuda nadinha. Além disso, me tornei hipertenso depois que eu entrei na cadeia, to aí fazendo tratamento...mas e a comida. Faço como para não comer sal?. α - A5

Aqui o problema de saúde de um quando não é cuidado, virá de muitos, num instante. Também nessas condições..quer o que? Tem gente aqui com tosse, dizem que é a tuberculose... Mas o povo aqui é difícil...resolver problema de saúde aqui é difícil[...]nem o lugar nem os presos ajudam...o maior problema de saúde é o lugar mesmo". δ - A3

Não que eu venha desmerecer o trabalho que está sendo feito aqui, o trabalho automaticamente ele é limitado por causa do lugar, eu não posso exigir um tratamento diferente para mim..Por isso tem problema de saúde que eles sabem que existe, reconhecem as necessidade, os direitos mas como resolver aqui dentro?". λ - A3

A necessidade de saúde, pode ser considerada como a ausência de algo ou aspecto que necessita ser corrigido em seu atual estado sócio-vital²⁵. As necessidades de saúde podem variar desde as alterações físicas e orgânicas até a falta de estrutura do ambiente e informação precária. Note-se, que

Saúde e doença: concepções e necessidades percebidas...

o ambiente é referido como determinante fundamental.

Para garantir assistência integral com ações resolutivas, é necessário que a rede de serviços (re)conheça as necessidades de saúde deste grupo populacional. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais considerem as concepções de saúde da população e identifiquem suas necessidades, contribuindo para o enfrentamento das situações de agravos.¹³ Para tanto, os profissionais e usuários podem perceber as necessidades de saúde de forma distanciada, contudo, torna-se essencial que haja cooperação entre ambas as partes para que a comunicação seja eficaz e que, por conseguinte, os problemas relativos a saúde sejam resolvidos.¹³ Assim as ações resultarão, em parte, na melhoria da qualidade de vida respeitando um dos princípios do SUS, reconhecido na Constituição Brasileira, e o que apregoa o PNSSP.

É notório que o enfrentamento das necessidades de saúde dos apenados e a resolutividades dos problemas exige mudança no modelo de atenção, que não se efetivará sem mudança no modelo de gestão dos serviços de saúde, sem atuação efetiva das equipes de saúde implantadas em unidades penitenciárias, para além do cumprimento de um plano nacional ou de uma política pública. Exige também qualificação e fortalecimento da rede de serviços e pactuação dos gestores para as responsabilidades assumidas no que tange à suficiência na atenção à saúde, segundo peculiaridades dos serviços. De acordo com o Ministério da Saúde, não basta ter um sistema de saúde resolutivo se ele não pode contemplar o atendimento dos interesses e das necessidades da população, legitimados em soluções compatíveis com as distintas realidades de cada região do território brasileiro.²⁶

Por fim, constata-se que, independente da corrente teórica que se adote para compreender necessidade de saúde, na realidade concreta das penitenciárias, cenário deste estudo, constataremos, que as necessidades de saúde seriam, na verdade, considerada insatisfeitas, pois os apenados não reconhecem as ações prestadas como necessárias à solução dos problema vivenciados²⁴. Para os autores “a necessidade de saúde insatisfeita estaria relacionada ao processo de acesso aos serviços, que incluiria as necessidades percebidas, mas que não são convertidas em necessidades expressas”.²⁴

A elaboração do PNSSP encaminhada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Justiça e implementação das ações de atenção à saúde fundamentada nos

Barbosa ML, Costa GMC, Celino SDM.

princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade já revela-se como reconhecimento das necessidades percebidas, das carências manifestadas por essa população.¹¹

Embora os discursos revelem necessidades insatisfeitas, foi possível recortar falas que se referem à utilização dos serviços de saúde para garantir atendimento médico assistencial clínico e dispensação de medicação. Destarte, é notório o reconhecimento dos apenados de que o acesso ao médico garante, quando necessário à continuidade, aspecto importante para tratamento e reabilitação dos sujeitos.

A gente só procura mais quando sabe que o médico ou dentista tá...porque os outros não resolve muito não. A gente só vem quando tá morre não morre...em situação grave, que não tá mais agüentando, sabe...quando não a gente se vira nas celas mesmo...um diz uma coisa o outro, outra e assim vamo resolvendo as doença. ð- A6

O serviço de saúde daqui e de fora só é procurado por quem está doente mesmo... Ainda mais que homem só vai pro médico nas últimas? Quando a pessoa ta doente. al- A9

Ao propor a implantação de unidades de saúde, nos moldes da estratégia de saúde da família, nas unidades penitenciárias, o PNSSP objetiva favorecer a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, cumprindo um preceito constitucional e em conformidade com os princípios do SUS¹¹. Destarte, as unidades têm uma dinâmica de atuação diferenciada e responsabilidades partilhadas.

A implantação das equipes deve ser capaz de, tal qual as equipes da ESF, funcionando adequadamente, resolver 85% dos problemas de saúde dos sujeitos, realizando ações preventivas, curativas e promocionais,²⁷ todavia, as falas destacam que, embora as unidades de saúde penitenciárias tenham sido implantadas, não têm, ainda, impactado a realidade com a mudança no modelo médico, centrado na produção de cuidado e cura.

O desafio é modificar o modelo atual que infere que consultas, exames e dispensação de medicamentos são equivalentes a soluções para os problemas de saúde enfrentados²⁸. Também nesse sentido, revela-se a importância para a mudança de paradigma relacionado às consultas médicas, pois esses espaços constituem-se momentos adequados para promover saúde, a partir de escutas qualificadas e respeito a integralidade dos sujeitos.²⁹

Saúde e doença: concepções e necessidades percebidas...

Para que a reorientação do modelo assistencial se efetive, não basta criar PNSSP e recomendar a implantação de unidades. É necessário, de um lado, realizar ações educativas para que os sujeitos busquem os serviços por demanda espontaneamente para ações de promoção à saúde e, de outro, que a formação dos profissionais seja substitutiva no aparelho formador com revisão dos currículos dos profissionais da área da saúde. Do contrário, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia, dos serviços de saúde.

Considerando este contexto centrado no modelo médico assistencial, é fácil deduzir que as consultas realizadas gerem prescrição de medicamentos, como atestam as falas que seguem:

Quando a gente necessita eles entregam direitinho os remédios. Para pressão alta, diabete, lepra..essas doença mesmo, não to falando de probleminha besta. Para as doenças mesmo eles tem médico e remédio. É um próprio detento aqui que ele faz essa função de sair das celas, a pessoa que está com uma enfermidade vem se consultar, aí eles passam o remédio e já tem uma pessoa na função de entregar o remédio. Para as outras coisas...aí só vendo. ð A8

Recebemos os remédio, mas não todos. Porque tem gente que vende e faz outras coisas. E também por que quando a revista entra carrega tudo. Então eles atende, entrega os remédios mas, só alguns...os outros fica com o agente...as vezes eles entregam todo o tratamento, as vezes fica alguns para pegar depois...os que ficam com o agente ele que entrega na hora de tomar...mas tenho medo dele errar, trocar os remédios. Preferia eu ficar. Mas entendo porque eles não deixa. al- A2

O cenário aponta para uma dificuldade em garantir a disponibilização regular e a utilização correta de medicamentos. De acordo com a política Nacional de Medicamentos do país, o uso racional de medicamentos envolve uma série de etapas, a saber: a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna, preços acessíveis, dispensação/guarda adequada e, consumo conforme recomendação.

Ter acesso à assistência médica e a medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os maus hábitos prescritivos, as falhas na dispensação, a automedicação inadequada podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros³⁰. Há de se considerar que na realidade das penitenciárias, os medicamentos não raras vezes não ficam de posse dos sujeitos, por questões de segurança. Os autores ainda

Barbosa ML, Costa GMC, Celino SDM.

apontam que, no caso específico da dispensação, a ausência do farmacêutico nas unidades públicas é um fator crítico para a implementação do uso racional de medicamentos.

Nos estabelecimentos de saúde em unidades prisionais classificadas como presídios, penitenciárias ou colônias penais, segundo o PNSSP (BRASIL, 2005) dentre os presos poderão ser selecionados sujeitos para trabalhar como agentes promotores de saúde, que atuarão sob a supervisão da equipe de saúde e terão as seguintes atribuições: promoção da saúde e a prevenção de doenças de maior prevalência; identificação e comunicação à equipe de saúde dos agravos e ou problemas que possam ser detectados durante a sua atividade educativa e acompanhamento de tratamentos de longa duração, tais como os de tuberculose, AIDS e diabetes, entre outros, verificando as condições de adesão, abandono e as inadequações, incluindo a distribuição dos medicamentos diariamente para dose supervisionada.

Por fim, é prudente refletir sobre a natural invisibilidade dos demais profissionais de saúde. As equipes implantadas adotam a recomendação de composição multiprofissional composta por: médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social e auxiliar de enfermagem. E, assim o fazem por reconhecer, que na realidade das penitenciárias, existe um conjunto de problemas muito bem delimitados, relacionados a habilidades e competências de categorias profissionais específicas,¹¹ mas, infelizmente a invisibilidade dos profissionais, exceto médicos e odontólogos, pode indicar as práticas fragmentadas de atenção e vigilância à saúde neste cenário. De forma nenhuma significa não realização de atividades diárias, apenas invisível para alguns apenados.

Convém ressaltar que por estabelecerem vínculos de compromisso e responsabilidade com a população adscrita, todos os profissionais das equipes de saúde penitenciária, devem ser visíveis, acessíveis e resolutivos. É fundamental que haja a mudança cultural da população e dos profissionais de saúde, para que as práticas de atenção sejam executadas, modificadas e, reconhecidas.

CONCLUSÃO

No que se referiu às concepções sobre saúde e doença dos apenados, evidenciou-se que o entendimento dos sujeitos variou desde a ideia mágico-religiosa até as reflexões, mesmo que superficiais, sobre a determinação

Saúde e doença: concepções e necessidades percebidas...

social do processo saúde-doença, embora tenha prevalecido um quadro teórico que em muito se aproxima do modelo biomédico.

Como necessidades percebidas, os sujeitos enfatizaram o aspecto da assistência em saúde como ponto fundamental a ser priorizado no âmbito do encarceramento, principalmente quando se trata da resolutividade de seus problemas, destacando mais uma vez a ideia que apresentam de saúde como ausência de doença e a assistência centrada na figura do profissional médico. Dessa forma, recomendam-se ações de promoção da saúde no âmbito penitenciário, a fim de possibilitar avanços significativos na qualificação do sistema, viabilizando a formulação de políticas de saúde com atividades efetivas que atendam as necessidades reais deste grupo populacional segregado. Faz-se ainda necessário estimular o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e da colaboração que cada sujeito pode dar a sua saúde e a do coletivo.

Para além de refletir sobre aspectos subjetivos do ser, tal como a saúde e a doença, o estudo apresenta ainda a contribuição de impulsionar as discussões sobre o encarceramento, com especial atenção para as condições dos apenados, como também a possibilidade de fomentar pesquisas que analisem as condições de encarceramento e as estratégias de informação e sensibilização para o enfrentamento da situação.

Como forma de estimular pesquisas nesse sentido, seria importante a inserção dessa temática no rol das prioridades das agências de fomento, como forma de alavancar a produção científica no setor. Acredita-se que um ponto estratégico para tal realização é a incorporação da saúde no sistema penitenciário na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa.

Faz-se necessário ressaltar ainda que a compreensão do processo saúde-doença pelos apenados pode estar limitada pelo fato de ser o ambiente prisional nacional por si só um agente limitador de ações efetivas de saúde, quer sejam educativas, assistências, reabilitadoras e/ou promocionais.

REFERÊNCIAS

1. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis* [Internet]. 2007 Mar [cited 2013 July 10]; 17(1):29-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>.
2. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Internet]. 2007

Barbosa ML, Costa GMC, Celino SDM.

Mar [cited 2013 July 10];17(1):77-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>.

3. Nery AA, Silva DR da, Bueno ESG, Santos FP dos A, Nascimento MS, Carvalho PAL de et al. Concepção de saúde: visão de adolescentes do ensino fundamental de um município da Bahia. Rev Saude [Internet]. 2009 Jan [cited 2013 June 12];5(1):17-30. Available from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v5/v5n1a03.pdf>.

4. Backes MTS, Rosa LM da, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SM de A dos. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2009 Dec [cited 2013 June 12];17(1):111-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>.

5. Ministério da Saúde (Brasil). 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 [Internet]. Brasília, 1990 [cited 2013 June 12]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

6. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Cien Saude Colet. [Internet] 2012 Jan [cited 2013 June 12];17(1):123-133. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100015&script=sci_arttext.

7. Coimbra VCC. Avaliação do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Tese (Doutorado em Enfermagem) [Internet]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2007 [cited 2013 June 12]. Available from: <file:///C:/Users/pc/Downloads/Tese+-+Avaliacao+do+Cuidado+em+Saude+Mental+na+Estrategia+Sa%C3%BAde+da+Familia.pdf>.

8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

9. Rosa F da, Carneiro M, Duro LN, Valim AR de M, Reuter CP, Burgos MS et al. Prevalência de anti-HCV em uma população privada de liberdade. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2012 Oct [cited 2013 June 10]; 58(5):557-560. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000500012.

10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o valor do salário mínimo em 2011 e a sua política de valorização de longo prazo; disciplina a representação fiscal para fins

Saúde e doença: concepções e necessidades percebidas...

penais nos casos em que houve parcelamento do crédito tributário; altera a Lei no 9.430, de 27 de dezembro de 1996; e revoga a Lei no 12.255, de 15 de junho de 2010 [Internet]. Brasília, 2011 [cited 2013 June 10]. Available from:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12382.htm.

11. Ministério da Saúde (Brasil). Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Cartilha do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário [Internet]. Brasília, 2005 [cited 2013 June 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf.

12. Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2000 March [cited 2013 June 12];34(1):9-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a02.pdf>.

13. Fertoni HP, Pires D. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. Enferm foco [Internet]. 2010 Apr [cited 2013 June 12];1(2):51-54. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/14>.

14. Balestrin MF, Barros SABM. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. Cad Ciên Saúde [Internet]. 2009 April [cited 2013 June 12];1:18-41. Available from: http://portalfadesp.mentorhost.com.br/midia/anexos/274_relacaoconcepcaooprocesso_p_a_prova_do_mestrado.pdf.

15. Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizador. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

16. Almeida Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. Cien Saude Colet [Internet]. 2002 Oct [cited 2010 Oct 12];7(4):879-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400019.

17. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (Brasil). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final [Internet]. Brasília, 2008. [cited 2013 June 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf.

18. Gontijo DT. Determinantes Sociais de Saúde: uma perspectiva para a compreensão das relações entre processos de exclusão

Barbosa ML, Costa GMC, Celino SDM.

social e equidade em saúde. Rev. eletrônica enferm [Internet]. 2010 March [cited 2013 June 12];12(1):8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.9486>.

19. Lopes F, Latorre MRDO, Pignatari ACC, Buchalla CM. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. Cad Saude Publica [Internet]. 2001 Nov-Dec [cited 2010 Oct 12];17(6):1473-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n6/6973.pdf>.

20. Osorio RG, Servo LMS, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 Sept [cited 2014 Apr 30]; 16(9):3741-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001000011&script=sci_arttext

21. Cecilio LCO. Programa UNI: una necesaria ampliación de su agenda. In: Almeida F, Llanos, organizador. La Educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica. Teoría e práctica de un movimiento de cambio. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999.

22. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE; Onocko RT, organizador. Agir em Saúde: em desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997.

23. Campos GWS. A reforma da reforma. São Paulo: HUCITEC; 1992.

24. Osorio RG, Servo LMS, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 [cited 2013 June 12]; 16(9):3741-3754. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n9/a11v16n9.pdf>.

25. Schraiber LB, Gonçalves RBM. Necessidade de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM. Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

27. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

28. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família: contradições de um programa

Saúde e doença: concepções e necessidades percebidas...

destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde. In: Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública [Internet]. Águas de Lindóia: APSP, 1999 [cited 2010 Oct 15]. Available from: <http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-14.pdf>.

29. Freitas PSS, Schwartz TD, Ribeiro CDM, Franco TB, Maciel ELN, Lima R de CD. A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão. Physis [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 20]; 21(2):449-59. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200007.

30. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2007 Apr [cited 2013 July 12];23(4):927-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400020.

Submissão: 07/09/2013

Aceito: 06/12/2014

Publicado: 15/01/2014

Correspondência

Mayara Lima Barbosa.

Endereço Rua Santo Antonio, 90 / Ap. 303

Bairro Santo Antonio

CEP 58406-025 – Campina Grande (PB), Brasil